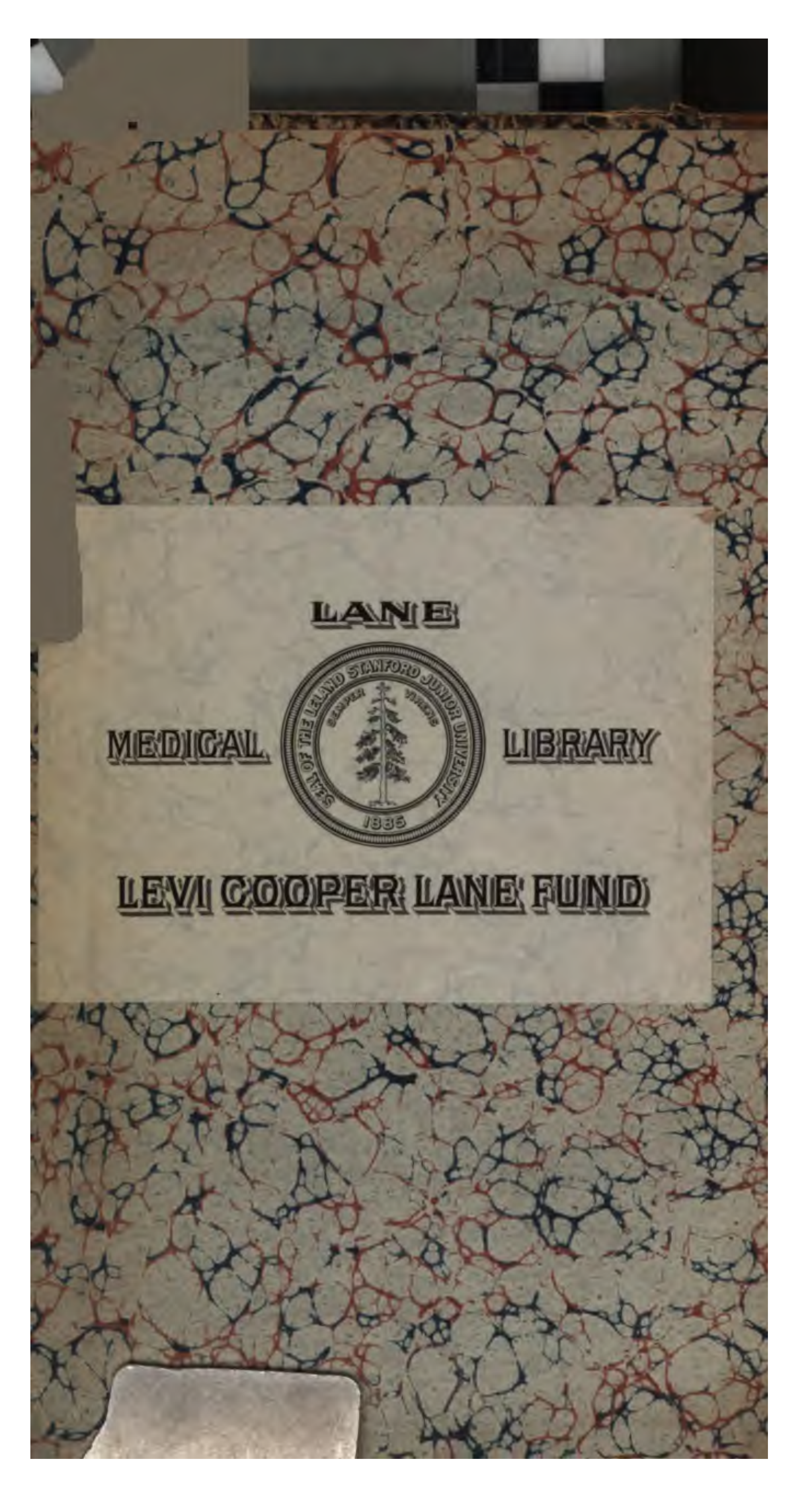

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N33 .Z24 1862 STOR
Des affections nerveuses syphilitiques /
24503324369



LANE
MEDICAL
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885
LIBRARY
LEVI COOPER LANE FUND







A Monsieur le Professeur Longet
membre de l'institut etc
hommage de l'auteur
Zambaco.

DES

AFFECTIONS NERVEUSES

SYPHILITIQUES

Corbeil, typ. et stér. de Crété.

[redacted]

DES

AFFECTIONS NERVEUSES

SYPHILITIQUES

PAR

D. A. ZAMBACO

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, chef de clinique à la même Faculté,
Ancien interne des Hôpitaux et Hospices civils de Paris.
Ex-interne de l'hôpital du Midi (vénériens),
Lauréat des Hôpitaux,
Lauréat de l'Académie impériale de médecine.
Membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation,
Chevalier de l'ordre du Sauveur (Grèce), etc.

« On ne peut rien en médecine que par des faits bien observés. »
Louis, *De l'examen des malades* (*Mém. de la Soc. méd. d'observat.*, t. I, 1837).

OUVRAGE COURONNÉ PAR L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Prix Civrieux, concours de 1859.

PARIS

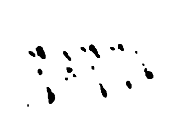
J. B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES. | NEW-YORK.
HIPP. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET. | BAILLIÈRE BROTHERS, 440, BROADWAY

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 14.

1862



PRÉFACE

Ce livre n'est point une œuvre de compilation ; c'est un travail original, basé sur l'étude approfondie de faits authentiques, dont la plupart ont été étudiés par nous-même, soit pendant notre internat à l'hôpital du Midi, sous les auspices de notre savant et bien-aimé maître, M. Ricord, soit dans d'autres établissements nosocomiaux, ou dans la pratique de la ville (1).

Ce n'est pas non plus un traité dogmatique ; c'est un recueil d'observations. Aussi les questions de doctrine n'ont-elles été agitées qu'en passant, et seulement lorsque les documents en notre possession parlaient assez haut pour corroborer certaines théories ou pour en infirmer d'autres.

Si, dans certains cas, nous avions fait, à notre insu, preuve de scepticisme, en n'admettant qu'avec réserve les opinions de quelques auteurs, ce n'est pas que nous mettions en doute leur bonne foi, ou que nous nous méprenions sur leur intention réelle de servir la science. Nous n'avons agi ainsi que conduit par notre ferme conviction, que, pour arriver à la démonstration d'une vé-

(1) Nous devons exprimer publiquement notre reconnaissance à notre ami et distingué confrère, le docteur Poterin Dumotel, qui s'est empressé de mettre à notre disposition tous les faits capables de nous intéresser, qui se sont présentés dans sa pratique particulière.

rité scientifique, on doit produire des faits qui ne prêtent nullement à la controverse. Telle est la raison qui nous a engagé à circonscrire étroitement notre choix dans les recherches bibliographiques.

N'est-il pas funeste à la recherche de la vérité de vouloir l'étayer par des preuves insuffisantes? N'est-ce pas amoindrir l'importance des faits exacts, que de les confondre avec des cas douteux et partant de nulle valeur? La science exige, à l'appui d'une opinion, quelle que soit la source dont elle émane, des observations précises et complètes : voilà pourquoi nous n'avons voulu nous servir, pour la composition de ce travail, que d'observations qui ne permettent de concevoir aucun doute sur le rôle actif qu'y a joué la vérole.

Ce qui légitime surtout notre incertitude sur les opinions des médecins anciens, formulées avec la brièveté des axiomes, c'est la difficulté qu'offrait à leur époque le diagnostic des maladies en général et des affections syphilitiques en particulier. Les progrès que la médecine a accomplis dans ces dernières années ont considérablement agrandi le cercle de nos connaissances et nous mettent à même d'éviter une foule d'erreurs que les plus grands maîtres commettaient encore fatalement, il y a un demi-siècle.

Ainsi lorsqu'il s'agit d'interroger les anciens sur les points de la médecine qui restent obscurs, il est permis d'examiner préalablement les faits qui justifient les opinions qu'ils soutiennent.

Loin de nous cependant la prétention de faire table rase de tous les travaux que nous a légués l'antiquité; plusieurs d'entre eux sont des chefs-d'œuvre de perspicacité et d'expérience personnelle; mais pour ne pas sortir de notre sujet, toutes les notions qu'on acquiert

par la lecture du plus grand nombre des anciens syphiliographes se réduisent à savoir que Fernel, Swediaur, Baillou, Astruc ou Cirillo ont vu ou ont cru voir tel et tel autre accident nerveux, comme conséquence de la vérole. Il s'en faut de beaucoup que les malades fussent passés, pour ainsi dire, au crible de l'examen et de l'étude, comme ils le sont de nos jours. Aussi ne voit-on, la plupart du temps, que des lambeaux d'observations qui nous donnent des notions incomplètes et fautives, qui ne nous permettent de conclure à aucun égard, et dont on ne peut déduire aucun principe scientifique. En effet, ces auteurs confondent avec la syphilis les maladies les plus dissemblables, considérant le cancer et le méliceris, par exemple, comme des manifestations assez fréquentes de cette diathèse, arrivée à sa période ultime.

Il suffisait enfin, pour beaucoup d'entre eux, qu'une éruption ou qu'une lésion quelconque siégeât au voisinage des organes génitaux pour qu'elle fût déclarée, et par cela seul, de nature vénérienne : en un mot, la région occupée par les accidents suffisait à leurs yeux pour en déterminer la nature. Ce reproche incombe malheureusement à bon nombre de nos contemporains, peu initiés aux allures mystérieuses de la vérole et qui méconnaissent parfois le chancre le mieux caractérisé, si, sortant de sa circonscription classique, il choisit pour siége un lieu insolite.

Qu'il nous soit permis de faire ici une remarque qui s'applique à la tendance de l'esprit médical de notre temps : malgré les accusations formulées avec énergie contre la science exacte, contre la science basée sur l'étude des faits, par les partisans de l'inspiration et du vague, il est impossible, même à ces détracteurs de l'observation, de ne pas convenir que les meilleurs travaux

en médecine, ceux que l'on consultera toujours avec fruit et qui restent comme des monuments érigés à l'abri du temps et des tempêtes doctrinales, sont précisément ceux qui se trouvent fondés sur l'analyse rigoureuse de l'histoire des malades.

La parole entraînante des maîtres les plus éloquents ne parvient à enrôler des prosélytes que lorsqu'elle proclame des principes déduits de l'observation clinique, principes que le disciple scrutateur cherche lui-même à vérifier. L'un des caractères essentiels de notre époque est de n'accepter qu'après contrôle, de ne se rendre qu'après réflexion. Les convictions de l'adepte ne peuvent devenir inébranlables qu'en s'appuyant sur l'examen des circonstances qui ont formé l'opinion du maître ; c'est-à-dire lorsqu'elles sont basées sur l'étude attentive des faits.

Voilà pourquoi, de nos jours, il n'y a pas d'ouvrage dont les conclusions se fassent accepter sans le témoignage des faits ; il n'y a pas d'opinions qui triomphent, sinon celles qui reposent sur des observations probantes.

Ces exigences du lecteur auront d'autant plus leur raison d'être, que le livre qu'il tiendra entre les mains proviendra d'une source plus obscure.

Ainsi, sans alléguer les travaux des maîtres qui ont fondé l'école de l'observation, dans les ouvrages sérieux qui paraissent de notre temps les idées théoriques sont constamment appuyées par la citation des faits qui ont servi à les établir. Cette manière de procéder est surtout indispensable lorsqu'il s'agit de combattre des doctrines depuis longtemps accréditées dans la science, ou d'attirer l'attention sur des points qui sont demeurés inaperçus jusqu'alors.

De crainte de lasser, bien des fois les auteurs n'insèrent dans leurs livres que des observations écourtées

et incomplètes dont, en conséquence, on ne peut tirer aucun parti. Et pour en venir à la syphilis, nous dirons qu'en parcourant la plupart des ouvrages anciens et modernes qui ont trait d'une manière spéciale à ce sujet, le lecteur judicieux se pose, à chaque pas, deux questions de la plus haute importance, avec le regret de n'en pouvoir obtenir le plus souvent la solution :

1° *Le malade que l'on considère comme étant en proie aux conséquences de la vérole, a-t-il jamais eu la syphilis constitutionnelle, la diathèse syphilitique?*

2° *L'affection du système nerveux qu'il présente dépend-elle de cette diathèse?*

Il ne serait nullement rationnel d'accuser la syphilis d'avoir produit des accidents nerveux, si l'organisme n'a pas été imprégné par le principe délétère, si l'économie tout entière n'a pas été infectée par la cause morbifique.

L'Académie impériale de médecine, en faisant figurer dans l'énonciation même du problème cet élément de rigueur, le mot *diathèse*, a indiqué l'écueil qu'il fallait éviter.

De plus, la syphilis n'affectant les centres nerveux, dans l'immense majorité des cas, qu'à une époque plus ou moins éloignée de la contagion et déterminant, en outre, des accidents qui peuvent se manifester indépendamment de sa présence, on conçoit combien il est urgent, pour révéler l'existence réelle de la diathèse, de suivre dans l'observation l'enchaînement des phénomènes morbides.

Il nous reste à signaler une circonstance qui doit être prise en considération, si l'on veut que l'estimation des faits que l'on étudie soit aussi exacte que possible : un malade est atteint de syphilis constitutionnelle, qui a fait,

[redacted]

chez lui, acte de présence à plusieurs reprises; il ne s'en suit pas que toute affection, survenant dans un organe quelconque, soit nécessairement l'expression de cette diathèse. La syphilis n'exclut pas le développement des affections vulgaires.

Or, lorsque chez un individu, qui a présenté des signes certains de la diathèse, il surgit une maladie du système nerveux, on doit, avant d'accuser la vérole, rechercher dans la filiation des diverses manifestations syphilitiques, s'il y a des preuves ou des probabilités qui autorisent un tel soupçon; il faut examiner scrupuleusement et discuter longuement chaque symptôme; car c'est là un problème souvent fort difficile à résoudre; en un mot, il faut savoir tenir compte des coïncidences et des complications qui ne sont pas sous la dépendance directe de la syphilis, mais qui peuvent éclater pendant la durée de cette affection.

Dans notre article sur la *Diathèse syphilitique* (1), nous exposerons *in extenso* quel a été le *criterium* qui a présidé dans le choix des observations relatées dans ce travail.

Il y a déjà longtemps que les médicaments mis en usage pour combattre l'infection vénérienne ont été accusés de produire parfois des accidents graves, en agissant sur le système *encéphalo-rachidien* : l'agent antisyphilitique par excellence, le mercure, a été attaqué avec d'autant plus d'apparence de raison que son usage prolongé peut déterminer un état général ressemblant, jusqu'à un certain point, à la cachexie syphilitique. Il est donc nécessaire, dans les cas complexes, de faire la juste part de la vérole sans exagérer ses fâcheuses conséquences, ni

(1) Page 7.

diminuer le nombre de ses victimes par d'injustes calomnies contre le métal souverain. Une appréciation sévère est surtout indispensable à propos des faits relatés dans les auteurs anciens, et recueillis à une époque où le mercure était administré à profusion.

Le problème que nous avions à résoudre était donc entouré de nombreux écueils qu'il fallait éviter. A ceux déjà exposés, ajoutons la tendance parfois invincible qui pousse certains auteurs à s'écarter de la question principale, pour s'engager dans les voies tortueuses des détails inutiles. En outre, le désir de trouver partout l'application des idées qui les dominent constitue pour beaucoup d'entre eux une cause qui les incline à faire plier les faits dont ils ont été témoins à des opinions conçues d'avance.

L'Académie de médecine, en mettant au concours cette question : *des affections nerveuses dues à la diathèse syphilitique*, a certainement voulu imprimer une nouvelle impulsion à l'étude étiologique des maladies du système nerveux, sujet de discussion et de discorde depuis l'origine de la médecine jusqu'à nos jours. Rendre évidente la production des diverses affections nerveuses par la syphilis, à l'aide d'observations détaillées et précises, tel est le but que nous nous sommes proposé d'atteindre dans ce travail.

Ainsi qu'on le verra par la date de quelques-uns de nos faits, il y a plus de dix ans que notre attention a été fixée sur les maladies nerveuses que la syphilis peut occasionner ; mais aujourd'hui encore, malgré le nombre imposant d'observations originales insérées dans ce travail, nombre grossi par celles puisées dans les livres, bien des parties de notre sujet restent en litige, bien des points demeurent obscurs. La diversité des affections

[redacted]

nerveuses consécutives à la vérole, la rareté des autopsies et la difficulté de rencontrer dans les auteurs des faits qui résistent à une critique sévère et judicieuse, en constituent les raisons principales.

Pour donner dès le principe une idée nette et concise des conclusions auxquelles nous sommes arrivé, nous croyons devoir mentionner sommairement ici les résultats auxquels nos études nous ont conduit.

La syphilis peut déterminer toute espèce de troubles fonctionnels du système nerveux. C'est là la conclusion qu'il faut tirer de l'étude des faits nouveaux et de l'examen de ceux qui ont été déjà publiés. Lorsqu'il nous a été donné de constater que la Chorée, l'Hystérie, l'Épilepsie, plusieurs formes d'Aliénation mentale, la Paralysie du sentiment et du mouvement, les Névralgies, la Perturbation des sens spéciaux, ont été le résultat de l'infection vénérienne; nous croyons pouvoir admettre qu'elle a la faculté d'engendrer toutes les maladies nerveuses qui figurent dans le cadre nosologique, en influençant de mille et mille manières le système nerveux de la vie de relation.

La seconde question qui se présente, par ordre d'importance, dans le sujet dont nous nous occupons, est relative à l'étude des lésions anatomiques. En effet, l'Anatomie pathologique est incontestablement le rayon de lumière qui éclaire l'histoire de toutes les maladies. La médecine lui doit le rang qu'elle a pris définitivement parmi les sciences positives. L'examen scrupuleux des lésions que la maladie détermine dans la profondeur de nos organes a permis de réaliser d'immenses progrès à cet égard. On peut affirmer, d'une manière générale, que les affections, dont l'Anatomie pathologique nous a décelé les altérations, sont incomparablement mieux

[redacted]

connues que celles dont nous ignorons encore les lésions matérielles.

La syphilis agit-elle matériellement sur le système nerveux, ou bien ne trouble-t-elle que dynamiquement l'exercice régulier de ses diverses fonctions?

Les observations qui se trouvent en notre possession nous autorisent à admettre, de la manière la plus positive, que, dans certains cas, une perversion fonctionnelle peut exister sans être accompagnée d'aucune lésion organique évidente.

Néanmoins, ces faits sont exceptionnels. Dans l'immense majorité des cas, la Nécropsie a péremptoirement démontré que c'est le dépôt de la matière plastique dans la substance nerveuse, une inflammation de l'encéphale ou de ses membranes, consécutivement à une exostose, etc.; en un mot, que c'est une altération de tissu qui occasionne les troubles fonctionnels du système nerveux.

Enfin, nous devons simplement mentionner ici que nos recherches, secondées et dirigées par notre maître, M. Follin, ainsi que par les bons conseils de MM. Cusco et Desmarres, nous ont permis de restreindre le nombre des *affections oculaires dites purement nerveuses* et consécutives à la diathèse syphilitique. L'amaurose, par exemple, lorsqu'elle n'était pas escortée des signes d'une compression de l'encéphale ou du nerf optique sur une partie de son trajet, était considérée comme le résultat d'*un trouble dynamique purement fonctionnel* de la région cérébrale dévolue à la vision, du nerf conducteur, ou du réceptacle des impressions, de la rétine. Or, l'examen par l'ophthalmoscope a définitivement tranché la question, en permettant de constater, dans le plus grand nombre des cas et de la manière la plus évi-

dente, la présence d'une inflammation de la choroïde, ou d'épanchements siégeant dans les parties profondes de l'œil; lésions dont on peut suivre la disparition progressive sous l'influence du traitement spécifique.

Il importait enfin de chercher à éclairer tout ce qui se rapporte à la thérapeutique des affections nerveuses syphilitiques. Bien que la syphilis appartienne au petit nombre des maladies que la thérapeutique modifie le plus heureusement, les manifestations qui ont lieu du côté des centres nerveux, ainsi que du côté des yeux, peuvent, quoique exceptionnellement, résister au traitement spécifique le mieux dirigé. C'est ce qui arrive fréquemment lorsque, par exemple, un ancien épanchement sous-rétinien a altéré la texture subtile de la membrane nerveuse de l'œil, lorsqu'une tumeur de l'encéphale a déterminé une cérébrite, etc.

Supposons, en effet, qu'une tumeur syphilitique se développe dans la substance cérébrale ; il est rare qu'elle détermine, dès son début, des phénomènes qui révèlent sa présence. Le plus souvent, et cela s'applique à toutes les tumeurs en général quelle qu'en soit la nature, ce n'est que lorsqu'elle a acquis un certain volume que les phénomènes morbides en font soupçonner l'existence. Dans bien des cas les troubles fonctionnels que l'on observe sont plutôt consécutifs à la modification de structure, éprouvée par les parties voisines, qu'ils ne sont liés à la présence de la tumeur elle-même : le ramollissement et l'inflammation de l'encéphale sont parfois les premières et les seules lésions qui donnent naissance à des symptômes appréciables. On comprend aisément que le traitement spécifique ne soit d'aucun effet contre ces maladies consécutives et accidentelles. Dans ces circonstances, les manifestations syphilitiques extérieures,

[redacted]

concomitantes, diminuent et disparaissent sous l'influence de la médication, mais le ramollissement cérébral peut continuer sa marche et emporter le malade. Des cas de ce genre se trouvent relatés parmi les observations insérées dans ce travail (1).

Voici encore un autre exemple : Une tumeur syphilitique comprime la moelle et paralyse les membres pelviens ; un traitement spécifique parvient à résoudre la tumeur. Il ne s'en suit pas que le mouvement doive toujours revenir complétement et comme si rien ne s'était produit de ce côté.

Le système nerveux doit conserver toute l'intégrité de sa texture, pour que ses fonctions puissent s'accomplir physiologiquement ; et il suffit d'une compression prolongée, d'un travail phlegmasique provoqué par la tumeur, pour que les tissus soient modifiés de manière que l'exercice normal des mouvements soit compromis à jamais, et pour que ces derniers restent incomplets, même après la disparition de la tumeur, première cause de tous ces désordres.

Dans les affections nerveuses dues à la diathèse syphilitique, bien que le traitement doive être spécifique, pour lutter contre la diathèse, le médecin est parfois obligé d'avoir recours, conjointement, ou d'une manière exclusive pendant un certain temps, aux moyens qui servent à combattre ces mêmes maladies, lorsqu'elles ne dépendent pas de la vérole. C'est ainsi que les révulsifs, les toniques, les antispasmodiques, les narcotiques, etc., sont fréquemment ajoutés au mercure ou à l'iodure de potassium.

Lorsque la syphilis a rencontré un terrain favorable,

(1) Page 192.

[redacted]

ce qu'il ne nous est pas donné d'apprécier d'avance, elle peut continuer sa marche progressive, malgré l'intervention du traitement le plus méthodique. C'est là surtout le triste privilége de certaines organisations délabrées ou de quelques constitutions scrofuleuses. Mais ce qui est bien plus commun, c'est de voir la diathèse déterminer un nombre plus ou moins considérable de récidives, qu'on a en vain essayé de prévenir par les moyens réputés infaillibles. Dans ces derniers cas, la médication dissipe bien, momentanément, les manifestations syphilitiques, mais elle n'empêche pas la diathèse de subsister à l'état occulte et sous forme de puissance.

Chez la plupart de nos malades le traitement le mieux dirigé n'est point parvenu à les mettre à l'abri d'accidents ultérieurs. Des doses même considérables de mercure et d'iodure de potassium, administrées selon les meilleurs préceptes, ne firent souvent que dissiper les accidents, pendant un laps de temps plus ou moins prolongé ; mais elles n'ont point réussi à débarrasser définitivement l'organisme de la diathèse, qui trahit de temps à autre sa présence par de nouveaux symptômes. Cette observation clinique a fait dire à certains auteurs qu'une fois acquise la diathèse syphilitique ne s'éteint jamais.

On voit, par ce qui précède, que nous avons tâché de tirer parti de tous les enseignements que nous a fournis l'observation des malades, et que nous avons été conduit à parler, quoique incidemment, de la prophylaxie des accidents que la syphilis peut déterminer, en affectant profondément le système encéphalo-rachidien ; en un mot, nous avons agité, en passant, l'importante question de la *curabilité de la diathèse.*

Le plan que nous nous sommes tracé dans ce travail est le suivant :

1° Avant d'aborder l'histoire des maladies nerveuses syphilitiques, nous avons dû justifier l'acception que nous avons donnée aux mots *affections nerveuses*.

2° Dans un chapitre spécial nous avons ébauché, à grands traits, l'histoire de la diathèse syphilitique, qui forme une partie intégrale de la question mise au concours; il nous a semblé que, si les observations sont tout à fait nulles, au point de vue de la question proposée par l'Académie, toutes les fois que la diathèse syphilitique n'existe pas, il faut savoir nécessairement à quels caractères nous pouvons découvrir cet état constitutionnel, qui détermine des effets variables, selon la date de l'infection, le siége de la manifestation, et principalement d'après l'individualité du malade.

3° Après avoir défini les deux termes de notre problème, nous avons consacré à l'anatomie pathologique un article dont l'étendue est en rapport avec l'importance du sujet.

4° Pour faciliter la description des maladies nerveuses syphilitiques, on pourrait les diviser en trois classes, renfermant chacune des affections qui se ressemblent sous plusieurs points de vue:

A. Affections nerveuses dépendant d'un trouble de la motilité.

B. Affections nerveuses consistant dans la perversion ou l'abolition de la sensibilité générale, ou d'une sensibilité spéciale.

C. Affections nerveuses consistant dans une perturbation des facultés intellectuelles.

Cependant un certain nombre de maladies nerveuses ne peuvent figurer dans cette classification physiologique,

leurs symptômes ne dénotant, d'une manière exclusive, ni un trouble de la sensibilité, ni un désordre de la motilité. Nous nous sommes donc vu dans la nécessité de réunir dans un même chapitre plusieurs maladies dissemblables, que nous désignons sous le nom de *Névroses*. Nous avons groupé sous ce titre l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, l'asthme, si tant est qu'il existe comme entité morbide, et l'aliénation mentale. D'ailleurs, en acceptant cette classification, nous avons imité la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'étude des affections nerveuses.

Dans les cas mixtes, lorsqu'à un trouble de la sensibilité se joignait un désordre de la motilité, ou bien lorsque le système nerveux était affecté simultanément comme appareil sensitivo-moteur et comme centre des facultés intellectuelles, dans ces cas complexes, il nous a semblé rationnel de classer l'observation d'après l'élément morbide prédominant, en faisant toutefois ressortir les autres phénomènes présentés par le malade.

A la fin de chaque classe morbide, nous avons inséré quelques-uns des faits qui nous ont servi à l'établir et à la décrire. Toutes ces observations sont suivies des réflexions que leur étude nous a suggérées.

Bien que nous ayons été assez heureux pour voir par nous-même des exemples du plus grand nombre des affections nerveuses que la syphilis peut produire, nous n'avons pas manqué de citer d'une manière succincte les cas analogues insérés dans les auteurs qui se sont occupés de la syphilis ou des affections nerveuses ; mais nous nous sommes bien gardé, encore une fois, de rapporter les observations incomplètes, dans lesquelles il n'est point établi d'une manière incontestable que la syphilis ait joué le rôle essentiel qu'on a voulu lui prêter.

Enfin des articles spéciaux sont consacrés au diagnos-

tic, au pronostic et à la thérapie des affections nerveuses dues à la diathèse syphilitique.

En soumettant notre travail à l'appréciation bienveillante de nos confrères, nous croyons devoir déclarer, qu'à part quelques additions, ce livre est la reproduction, soigneusement revue, du mémoire soumis par nous au jugement de l'Académie de médecine.

Janvier 1862.

ERRATA.

Page 11, ligne 10, *au lieu de :* chez l'immense majorité des individus, *lisez :* dans l'immense majorité.

Page 17, ligne 24, *au lieu de :* d'un tic douloureux, *lisez :* de tic douloureux.

Page 27, ligne 5, *au lieu de :* le corps est grêle et peu développé, enfin, *lisez :* .... développé. Enfin.

Page 31, ligne 7, *au lieu de :* la diathèse perdant en quelque sorte de sa forme, *lisez :* de sa force.

Page 32, ligne 8, *au lieu de :* En effet, si dans l'observation qui précède, le dernier enfant ne venait révéler par des preuves..., *lisez :* En effet, si, dans l'observation qui précède, le dernier enfant ne venait révéler par des preuves...

Page 40, ligne 14, *au lieu de :* appuyée, que nous sachions, sur des recherches, *lisez :* par des recherches.

Page 41, ligne 3, *au lieu de :* sans les soutenir par les faits, *lisez :* par des faits.

Page 45, ligne 2, *au lieu de :* plusieurs cas d'épilepsies, *lisez :* d'épilepsie.

Page 51, ligne 13, *au lieu de :* Abercrombie, *lisez :* (Abercrombie... vingt-quatre heures de la vie).

Page 51, ligne 28, *au lieu de* : sans plus de danger pour les uns que les autres, *lisez :* sans plus de danger les uns que les autres.

Page 56, ligne 9, *au lieu de :* outre des accidents secondaires cutanés, *lisez :* outre les accidents....

Page 56, ligne 11, *au lieu de :* les vaisseaux et le cercle choroïdien, *lisez :* les vaisseaux et le cercle choroïdiens.

Page 61, ligne 16, *au lieu de :* que celle-ci exerce, *lisez :* a exercée.

Page 64, ligne 21, *au lieu de :* l'idée du squirre, *lisez :* l'idée de squirre.

Page 67, ligne 4, *au lieu de :* jusqu'à la partie moyenne, *lisez :* à la partie moyenne.

Page 77, ligne 1, *au lieu de :* d'exophthalmie causée, *lisez :* de l'exophthalmie.

Page 85, ligne 24, *au lieu de :* Voir l'article *Hystérie et Chorée, lisez :* Voir les articles *Hystérie* et *Chorée*.

Page 95, ligne 20, *au lieu de :* décubitus droit ; *lisez :* décubitus droit,...

Page 97, ligne 11, *au lieu de :* quitte, *lisez :* quitta.

Page 97, ligne 17, *au lieu de :* de ces accidents, *lisez :* des accidents.

Page 105, ligne 1, *au lieu de :* desquammation, *lisez :* desquamation.

Page 112, ligne 31, *au lieu de :* de quelques-unes des observations, *lisez :* de la lecture de quelques-unes....

Page 125, ligne 17, *au lieu de :* garder sa chambre, *lisez :* la chambre.

Page 135, ligne 35, *au lieu de :* les exacerbations nocturnes, sont, *lisez :* les exacerbations nocturnes sont,...

Page 186, ligne 29, *au lieu de :* les auteurs anglais qui en parlent, n'ont, *lisez :* les auteurs anglais qui en parlent n'ont.

Page 227, ligne 5, *au lieu de :* prédisposante, *lisez :* prédisposant.

Page 248, ligne 34, *au lieu de :* out, *lisez :* tout.

Page 279, ligne 2, *au lieu de :* en serait, *lisez :* serait.

Page 337, ligne 11, *au lieu de :* soit affecté, *lisez :* fût affecté.

Page 354, ligne 7, *au lieu de :* les auteurs mêmes, *lisez :* les auteurs même.

Page 382, ligne 24, *au lieu de :* dessinées, *lisez :* dessinés.

Page 383, ligne 8, *au lieu de :* que la diathèse, *lisez :* lorsque la diathèse.

Page 387, ligne 3, *au lieu de :* le plus prononcée, *lisez :* la plus prononcée.

Page 439, ligne 22, *au lieu de :* tremblements chroniques, *lisez :* tremblements cloniques.

Page 468, ligne 27, *au lieu de :* gangrené, *lisez :* gangrenée.

Page 479, ligne 5, *au lieu de :* ceux-ci mêmes, *lisez :* ceux-ci même.

Page 493, ligne 32, *au lieu de :* fait penser au chef de service à une tumeur; *lisez :* fait admettre au chef de service l'existence d'une tumeur.

Page 506, ligne 1, *au lieu de :* violentes, *lisez :* violents.

Page 553, ligne 30, *au lieu de :* puisque nous sommes convenu; *lisez :* puisqu'il est convenu.

DES

AFFECTIONS NERVEUSES

SYPHILITIQUES.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I.

CE QU'ON DOIT ENTENDRE PAR AFFECTIONS NERVEUSES SYPHILITIQUES.

On désigne communément sous le nom général d'affections nerveuses, une classe distincte de maladies plus ou moins dissemblables entre elles sous le rapport des phénomènes qui les constituent, mais ayant ceci de commun, que leurs symptômes dénotent un état morbide du système nerveux lésé, soit comme appareil incitateur des mouvements, soit comme centre des perceptions, soit enfin comme organe engendrant l'intelligence. Dans l'immense majorité des cas il ne nous est pas donné de saisir la relation immédiate de cause à effet, les lésions anatomiques qui déterminent les perversions du système nerveux ; de telle façon que ses affections paraissent souvent être occasionnées par une perturbation fonctionnelle, par un trouble dynamique plutôt que par une lésion matérielle appréciable par nos sens. C'est ainsi que dans les maladies purement nerveuses, telles que le tétanos, l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, l'aliénation mentale, etc., on ne peut trouver, malgré les recherches les plus minu-

tieuses, aucune lésion anatomique spéciale, particulière à chacune de ces affections, comme on est heureux d'en rencontrer, d'une manière presque constante, dans les autres maladies du cadre nosologique.

Si, dans des cas rares et exceptionnels, on a trouvé une lésion des tubercules quadrijumeaux dans la chorée, une injection ou un ramollissement de la moelle dans le tétanos, quelque tumeur comprimant la masse cérébrale et donnant lieu à des attaques d'épilepsie, si même on a constaté des modifications anatomiques accompagnant les troubles de l'intellect, nous n'en savons pas moins aujourd'hui que la nécropsie ne nous fournit généralement, dans toutes ces affections, que des signes, à peu près négatifs, ou bien quelques modifications de structure tellement légères, tellement minimes, qu'on les considère comme un effet de l'attaque plutôt que comme l'origine de la maladie.

Non-seulement ces affections ne sont pas toujours liées à une altération des tissus, mais encore les lésions qu'on a cru leur appartenir en propre se rencontrent sur le cadavre sans que l'on ait assisté, pendant la vie, aux troubles fonctionnels qu'elles sembleraient devoir occasionner.

Aussi la plupart des auteurs admettent-ils que dans les affections nerveuses il n'y a pas de lésion organique appréciable. Ce qui fait qu'ils les désignent souvent sous la dénomination d'affections *sine materia*, et que quelques-uns d'entre eux ne classent pas dans le même cadre nosologique les maladies qui, tout en ressemblant aux névroses par leurs manifestations symptomatiques, en diffèrent pourtant par la présence de lésions matérielles. Lorsque, par exemple, une tumeur de l'encéphale ou de ses enveloppes donne naissance à des attaques en tout pareilles à celles du haut mal, ils ne disent pas

qu'il y a *épilepsie*, mais des attaques *épileptiformes*.

Est-il rationnel de scinder ainsi les maladies et de séparer des faits qui présentent entre eux d'aussi grandes analogies? L'observation clinique ne démontre-t-elle pas tous les jours que chez certains malades, offrant tous les symptômes classiques d'une véritable épilepsie, la cause des accès peut être une tumeur de l'encéphale, ainsi que nous en avons nous-même observé plusieurs exemples? Si d'ailleurs les épilepsies symptomatiques présentent quelques irrégularités dans l'enchaînement des phénomènes de l'accès, ne voit-on pas des irrégularités presque aussi frappantes se manifester dans l'*épilepsie idiopathique?* Et depuis le simple vertige, jusqu'à cet ensemble effrayant de phénomènes qui constitue l'accès épileptique complet, ne voyons-nous pas une multitude d'états intermédiaires caractérisés chacun par quelques-uns des symptômes classiques du *haut mal*, sans qu'aucun cependant de ces états présente cette succession régulière de phénomènes qu'on voit se dérouler dans l'accès-type de l'épilepsie? N'est-ce pas là ce qui se produit dans la majorité des cas?

Grâce aux progrès incessants de l'anatomie pathologique, on voit tous les jours le cadre des *affections dites essentielles* se restreindre de plus en plus. Ne serait-il donc pas permis de penser que, si dans un petit nombre de maladies les lésions physiques nous échappent complétement, cela tient à l'imperfection de nos moyens d'investigation?

Il est incontestable que depuis la grande impulsion imprimée aux études médicales par l'immortel Morgagni, le nombre des maladies purement fonctionnelles a considérablement diminué, et que Laennec et ses disciples, dotant la science de nouveanx moyens d'exploration, ont eu la gloire de constater des lésions matérielles dans

plusieurs maladies du thorax considérées jusqu'alors comme dynamiques. Mais, quoique les anato-mopathologistes soient parvenus à nous révéler les altérations qui caractérisent un grand nombre d'affections autrefois *dites essentielles*, il est évident que dans la majorité des maladies nerveuses rien n'est venu expliquer, quant à présent, les troubles fonctionnels observés pendant la vie.

Nous pouvons annoncer ici que les recherches nécessitées pour ce travail nous ont conduit à diminuer le nombre des affections essentielles ou purement nerveuses.

L'amaurose et l'amblyopie, que la syphilis détermine malheureusement trop souvent, sont considérées comme des affections purement nerveuses, toutes les fois qu'elles ne sont pas consécutives à la compression par une tumeur, soit du nerf optique, soit de la partie correspondante de l'encéphale. Or, il résulte de nos observations, contrôlées par les médecins dont nous citerons les noms en temps et lieu, que ces affections sont presque toujours liées à une lésion anatomique des parties constituantes de l'œil.

On le voit donc, à chaque instant les affections *nerveuses essentielles* tendent à se confondre avec celles qui résultent d'une altération organique.

Aussi nous semble-t-il que la question posée par l'Académie comprend l'étude de toutes les affections dont le système nerveux peut être le siége sous l'influence de la diathèse syphilitique; c'est dans cet esprit qu'a été conçu notre travail.

Les aliénistes les plus distingués, soit parmi les contemporains, soit parmi leurs devanciers, loin de repousser la corrélation qui existe parfois entre des lésions matérielles et des troubles cérébraux, accueillent avec empressement tous les faits de cette nature, et les recherchent même avec le plus vif intérêt.

Selon Bayle (1), le délire aigu et la folie se rattacheraient à l'inflammation de l'arachnoïde. Une opinion semblable est émise par Lallemand (2) et M. Calmeil (3).

Georget insiste sur les altérations de la substance grise chez les aliénés.

MM. Mitivié, Foville et Pinel-Grandchamp ont également dirigé leurs recherches dans ce sens.

Le docteur Davidson, médecin de l'asile de Lancaster, à rencontré sur plus de deux cents aliénés des lésions du cerveau et de ses organes (4).

M. Ellis (5) rapporte plusieurs cas de folie amenée par des causes traumatiques suivies de lésions matérielles de l'encéphale ou de ses enveloppes.

M. Félix Voisin (6) rattache la folie aux lésions cérébrales et méningiennes.

M. Delasiauve (7) admet trois variétés de cette grande névrose, qu'il divise en idiopathique, en sympathique et en symptomatique d'une lésion de l'encéphale.

Ferrus a professé que lorsqu'il existe des lésions anatomiques, elles suffisent pour expliquer l'aliénation mentale.

Les savants auteurs du *Dictionnaire de médecine* (8); donnent aux mots, *affections nerveuses*, la même signification que nous; d'après MM. Littré et Robin, on doit comprendre sous cette dénomination générale *toutes les maladies qui peuvent atteindre le système nerveux*.

(1) *Maladies mentales*, 1826.
(2) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale*. IIe *lettre*.
(3) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859.
(4) Parchappe, *Recherches sur l'encéphale*, 2e Mémoire.
(5) *Traité d'aliénation mentale*.
(6) *Des causes morales et physiques des maladies mentales*.
(7) *Traité de l'épilepsie*. Paris, 1854.
(8) Nysten, *Dictionnaire de médecine*, 11e édition. Paris, 1858.

Enfin, Joseph Frank s'exprime comme il suit (1) : *Les inflammations*, les *tophus*, les *exostoses*, les *caries osseuses de nature vénérienne*, *attaquant le cerveau*, *la moelle ou les nerfs*, *produisent fréquemment des maladies nerveuses.*

On voit donc, par ce qui précède, que nous ne sommes pas le seul à soutenir une thèse semblable. J'espère, du reste, qu'il sera clairement démontré, dans le cours de ce travail, que la syphilis paraît rarement déterminer des accidents nerveux sans modifier les tissus de nos organes ; ce qui ne veut point dire que nous niions d'une manière absolue l'existence des maladies purement nerveuses. Bien loin de là, le lecteur trouvera même dans cet ouvrage des arguments puissants en faveur de l'opinion que je ne combats ici qu'autant que les faits m'y autorisent.

(1) *Pathologie interne*, t. II, p. 461.

[redacted]

CHAPITRE II.

DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE.

Le mot diathèse, pris dans sa plus grande acception, a été diversement envisagé par les auteurs. Les uns, tenant compte de son étymologie, διάθεσις, la considèrent comme une disposition particulière de l'économie à contracter telle ou telle maladie; pour eux, diathèse serait synonyme d'aptitude; les autres, avec Galien, la font dériver de διακεῖσθαι se trouver, se porter et la définissent : une manière d'être particulière pendant la santé et pendant la maladie. Il y aurait ainsi autant de diathèses, qu'il y a d'états morbides et de variétés individuelles dans l'état physiologique.

Fort heureusement cette interprétation si confuse du mot diathèse est complétement tombée en désuétude.

Il s'en faut de beaucoup cependant que, de nos jours même, les médecins soient unanimes sur ce qu'on doit entendre par le mot diathèse; néanmoins, tous s'accordent pour le réserver aux maladies générales qui fournissent, simultanément ou successivement, des signes de leur existence sur différentes parties de l'économie; signes en tout semblables entre eux ou de même nature, et dépendant d'une seule et même cause.

Il faut donc nécessairement que l'économie tout entière ait subi une influence morbide et que ses parties

constituantes se trouvent dans une disposition telle que, sous l'action d'une cause tout à fait secondaire et souvent en l'absence de toute espèce d'occasion sensible, elles manifestent leur manière d'être et présentent des phénomènes en rapport avec la modification éprouvée par l'organisation dans son ensemble.

Parmi les nombreuses diathèses acceptées par les médecins, les unes sont innées, les autres sont acquises, et quelques-unes peuvent même reconnaître l'une et l'autre origine. C'est ce qui se voit dans la syphilis que certains individus reçoivent de leurs parents, que d'autres contractent par contagion.

Il y a donc dans la diathèse syphilitique, dont nous nous occuperons exclusivement, deux points principaux que l'on doit toujours chercher à mettre en lumière, ce sont : l'origine, le point de départ de l'infection ; puis et surtout, la présence d'un état constitutionnel dû à l'absorption, à la généralisation du virus ; état constitutionnel dont l'existence est prouvée par la présence de manifestations multiples qui éclatent sur différents points du corps. A ce propos, il nous est impossible de passer sous silence l'opinion d'un médecin célèbre, de Chomel, qui exclut la syphilis du nombre des maladies diathésiques (1).

M. le professeur Grisolle (2) paraît admettre cette manière de voir. Il objecte aux partisans d'un avis contraire, que la syphilis, locale à son début, ne se généralise que par l'infection consécutive de l'économie ; ce qui n'a jamais lieu pour les véritables diathèses qui semblent être dès leur naissance des affections générales. Cet

(1) *Pathologie générale.*

(2) *Des diathèses,* thèse de concours.

auteur définit la diathèse : *la répétition ou la dissémination de lésions, souvent diverses en apparence, mais identiques quant à leur nature, effectuée en vertu d'une force intérieure.*

L'Académie de médecine acceptant avec nous la diathèse syphilitique, nous n'avons pas à insister davantage sur ce point; mais qu'il nous soit permis de dire en terminant que la syphilis constitutionnelle offre tous les attributs des maladies diathésiques : manifestations diverses en apparence, mais identiques quant à leur nature; possibilité, je dirai même fréquence, de récidives spontanées par l'effet toujours persistant d'une cause première, et enfin transmissibilité par voie d'hérédité.

Découvrir le point de départ, la porte d'entrée de la syphilis n'est pas toujours chose facile; et sans aller très-loin, on verra en lisant nos observations que, chez quelques-uns de nos malades, présentant une succession de symptômes qui trahissaient de la manière la plus manifeste l'existence de la diathèse syphilitique, il nous a été impossible d'arriver à la source de la maladie, malgré l'interrogatoire le plus scrupuleux, malgré la bonne foi, du moins apparente, des malades qui semblaient douter eux-mêmes de la réalité de leur infection.

Ces faits, heureusement rares, eu égard au nombre considérable de malades affectés de la vérole, mais assez fréquents encore pour embarrasser quelquefois le médecin, ne peuvent être interprétés que de deux façons.

Les malades peu attentifs ont laissé passer inaperçu un léger accident primitif, ainsi que ses premières conséquences; ou bien la syphilis est héréditaire, inhérente au germe fécondant ou contractée dans le sein maternel. Des faits de ce genre se trouvent consignés dans notre mémoire.

Sans nous écarter de notre sujet, nous nous résumerons en disant que la connaissance de l'accident primitif est certainement du plus grand secours pour arriver à la constatation de la diathèse; néanmoins, cet accident passe parfois inaperçu; ce qui ne doit nullement empêcher le médecin de déclarer que le malade soumis à son observation est en proie à la diathèse syphilitique, à la syphilis constitutionnelle, s'il a déjà eu des manifestations antérieures, ou bien s'il présente, au moment même de l'examen, des signes évidents de la vérole.

L'existence de la diathèse sera recherchée et établie à propos de chacun des faits qui serviront de base à ce travail. Ce n'est qu'à cette condition que nos observations pourront être utiles et probantes; car, de ce qu'un homme a eu un accident primitif vénérien, il ne s'ensuit pas qu'il sera fatalement atteint de syphilis constitutionnelle. Pour qu'il y ait diathèse, il faut nécessairement que l'économie soit sous l'influence d'une affection générale qui, latente quelquefois et n'attendant pour se manifester qu'une occasion favorable, engendre souvent et sans provocation sensible, des troubles, des lésions ou des productions morbides de nature identique.

Dans l'importante appréciation de la diathèse, on doit constamment tenir compte du tempérament du malade, de sa constitution et même de son individualité. Tous ces renseignements sont indispensables pour expliquer les variétés si nombreuses d'intensité de cette affection, sa persistance désespérante dans un grand nombre de cas, et enfin le choix de ses victimes; car, ainsi qu'on l'a si bien dit, *n'a pas la vérole qui veut.*

A. Des principaux signes de la diathèse syphilitique.

La diathèse syphilitique consistant en une modification de l'organisme annonce ordinairement son existence par des phénomènes généraux : ainsi, trois mois environ après l'accident primitif, le malade éprouve des symptômes qui indiquent que, d'affection locale qu'elle était d'abord, la syphilis a envahi toute la constitution et qu'elle a infecté la masse du sang.

En évaluant à trois mois la période d'incubation de la diathèse syphilitique, nous exprimons ce qui se passe chez l'immense majorité des individus; mais nous avons vu cette incubation n'être que de cinq semaines, ou bien se prolonger considérablement dans certains cas exceptionnels. Pour bien apprécier sa durée, il faut rechercher, si c'est possible, l'époque du coït infectant.

Les symptômes qui se présentent les premiers dans la syphilis constitutionnelle sont : un état général de faiblesse et de lassitude, des douleurs erratiques de plus en plus intenses et siégeant surtout à la tête, aux membres, et quelquefois aux lombes; de légers troubles des fonctions digestives; parfois un mouvement fébrile peu prononcé, et d'autres troubles analogues sur lesquels il est inutile d'insister ici.

Une chose très-importante à signaler, c'est l'énorme diversité qui existe chez les différents malades quant à l'intensité et à la combinaison de ces symptômes : certains individus sont forcés de garder le lit et se croient sous l'influence d'une fièvre éruptive ou d'une autre maladie grave; d'autres laissent passer sans inquiétude un ensemble de phénomènes dont la bénignité les a à peine impressionnés. Ce n'est que lorsque le médecin attire leur

[redacted]

attention sur ce point qu'ils lui font part de ce qu'ils éprouvent, ou bien de ce qu'ils ont éprouvé.

Bientôt après les accidents généraux, ou même conjointement avec eux, des manifestations diathésiques s'observent du côté de la peau et des muqueuses. Ce sont des exanthèmes (roséole, papules, etc.) ordinairement sans démangeaison, qui disparaissent spontanément après une durée plus ou moins longue de dix, quinze jours, quelquefois plus, quelquefois moins, pour faire place à des éruptions un peu plus profondes, de nature pustuleuse. D'ailleurs cette succession de symptômes pourrait bien n'être qu'une transformation *in situ*.

Mais avant que la peau ne présente ces indices de la diathèse syphilitique, le système lymphatique a déjà témoigné de sa participation à ce trouble général de l'économie, et fourni la preuve la plus manifeste de la généralisation du mal. Les ganglions situés dans la sphère d'action de l'accident primitif ont commencé bientôt à se développer morbidement ; car ils ont ressenti les premiers l'action délétère du poison. On dirait qu'ils ont voulu par leur engorgement opposer un obstacle à la circulation lymphatique et par conséquent à la propagation du mal, à l'absorption du virus.

Mais bientôt le sang, charriant pour ainsi dire le principe virulent, modifie la plupart des organes.

Les ganglions lymphatiques des diverses régions, ceux du cou principalement, nous fournissent par leur engorgement, et souvent en *l'absence de toute éruption voisine*, un symptôme de première importance pour le diagnostic de la syphilis constitutionnelle, nous voulons dire de la diathèse syphilitique.

Les muqueuses offrent aussi leur contingent séméiologique ; leur injection capillaire et les plaques muqueuses situées sur divers points de leur étendue, souvent au voi-

sinage de leur continuité avec le tégument externe, viennent ajouter aux preuves de l'institution de la diathèse.

Des douleurs rhumatoïdes préarticulaires, souvent à exacerbations nocturnes, des céphalées plus ou moins intenses, des névralgies siégeant sur le trajet de divers troncs nerveux se font sentir en même temps. Enfin les cheveux peuvent tomber avec plus ou moins d'abondance.

Voilà, en quelques mots, les caractères auxquels la diathèse syphilitique peut être reconnue à son début et lorsque la maladie n'a pas été influencée par un traitement hydrargyrique plus ou moins prolongé, plus ou moins complet.

Il y a donc une distinction capitale à établir entre les malades qui sont vierges de tout traitement ou qui ont été soumis à une dose de médicaments insignifiante pour leur individualité, et ceux qui, ayant suivi une médication régulière, ont vu sous son influence diminuer, puis disparaître, pendant un certain temps, les divers symptômes diathésiques dont nous venons de parler. Nous étudierons séparément ces deux catégories :

1° Marche de la maladie non influencée par les spécifiques. — *Lorsque la diathèse n'a subi l'action d'aucune médication spécifique, soit que le malade n'ait point été soumis aux mercuriaux, soit que la dose des médicaments ait été insuffisante pour influencer la marche de l'affection*, deux cas peuvent se présenter :

A. Après un laps de temps variable, les manifestations secondaires disparaissent spontanément pour revenir quelques semaines, quelques mois plus tard, avec la même bénignité ou avec une intensité et une ténacité plus grandes. Le malade peut n'avoir conservé dans cet intervalle que quelques douleurs de tête plus ou moins fortes,

[redacted]

qu'un peu de faiblesse générale. Il peut même n'avoir offert aucune espèce de symptômes diathésiques ;

B. Ou bien, et c'est là le cas le plus fréquent, les manifestations syphilitiques deviennent de plus en plus graves : la peau se couvre de pustules de plus en plus nombreuses et profondes ; l'ecthyma, le rupia, les syphilides tuberculeuses se succèdent ; des tumeurs gommeuses apparaissent sur divers points de l'économie ; le périoste et les os deviennent le siége de douleurs plus ou moins intenses ; des exostoses s'organisent ; des céphalées intenses tourmentent le malade qui est devenu maigre et jaune ; ses digestions sont pénibles ; son appétit, presque nul. En un mot, toute l'organisation est profondément ébranlée et le moral éprouve de la manière la plus évidente l'influence que le physique exerce toujours sur lui.

Dans la première période de la diathèse syphilitique on observe déjà quelques accidents nerveux ; ce sont des névralgies, des douleurs vagues, de la céphalalgie et d'autres affections que nous décrirons plus tard.

Mais hâtons-nous de faire une restriction des plus importantes. Tous les malades ne sont pas ainsi influencés par la diathèse. Bon nombre d'entre eux conservent leur embonpoint, et tous les caractères de la meilleure santé sans présenter aucun des phénomènes que nous venons d'énumérer.

C'est souvent à la troisième période de la diathèse, lorsque la charpente de l'organisme est envahie par la syphilis, lorsque le virus a déposé ses produits plastiques jusque dans l'épaisseur des viscères, c'est alors surtout que l'on peut observer la présence des affections du système nerveux développées primitivement par une lésion propre à ce système, ou consécutivement, par l'extension d'une altération voisine.

Les affections cérébrales, telles que tumeurs gommeuses du cerveau, épanchement gommeux de la substance cérébrale, les paralysies diverses, etc., s'observent à cette troisième période de la diathèse.

C'est dans cette même période que les yeux sont souvent pris; je ne parle pas de l'iritis, mais des affections désignées sous les noms d'amblyopie et d'amaurose, et que nous verrons, dans toutes nos observations, être consécutives à une lésion de la rétine, de la choroïde ou du corps vitré; lésion très-distincte à la vue et que nous avons pu même dessiner à l'aide de l'ophthalmoscope.

2° Marche de la maladie influencée par les spécifiques. — *Les spécifiques déjà employés ont dissipé pendant un certain temps les symptômes de la syphilis constitutionnelle.*

Il est rare de nos jours de rencontrer un malade offrant des accidents secondaires tardifs ou tertiaires sans qu'il ait déjà été soumis à un traitement mercuriel; et telle est l'influence des spécifiques sur la marche de la syphilis, qu'un traitement de quelques jours seulement et le plus irrégulièrement suivi pourrait suffire, dans certains cas, rares il est vrai, pour dissiper les manifestations syphilitiques et pour rendre la diathèse latente pendant des années. C'est ainsi que vingt jours de traitement, chez un de nos malades, auraient retardé de six ans l'explosion des accidents syphilitiques et que dans l'observation publiée dans l'*Union médicale* du 20 janvier 1859, la diathèse serait restée dans l'état d'inaction complète pendant quarante-deux ans environ. M. Ricord nous donne aussi (1) des exemples de perturbation

(1) *Clinique iconographique*. Paris, 1851.

et de retard dans l'évolution des accidents syphilitiques, perturbation causée par un traitement mercuriel de courte durée.

Dans certains cas malheureusement trop fréquents, le traitement spécifique ne produit pour tout résultat que l'éloignement de la réapparition des accidents syphilitiques, bien que la maladie ait été combattue de la manière la plus méthodique par l'administration des mercuriaux pendant trois, quatre et même six mois, et bien qu'on n'ait cessé la médication que longtemps après la disparition complète de tous les accidents diathésiques. Dans ces cas, malgré la puissance du traitement prolongé dans un but prophylactique, la diathèse reste à l'état latent, prête à faire explosion avec des phénomènes d'autant plus compliqués et insidieux qu'elle sera plus ancienne et qu'elle aura récidivé un plus petit nombre de fois.

Chez quelques malades, sujets à ces récidives désespérantes, on est parfois témoin d'un fait très-remarquable et que nous devons mentionner; c'est toujours sur la même partie de leur corps que les symptômes morbides se reproduisent de préférence ; c'est là que la maladie se porte plutôt qu'ailleurs. Il serait à désirer que cette tendance de la diathèse à frapper sur un point unique se rencontrât chez tous les syphilitiques. Dans ces cas heureux, dès le premier instant de leur rechute, les malades expérimentés peuvent reconnaître eux-mêmes la nature syphilitique du mal.

Mais, chez la plupart des malades, l'expression diathésique n'affecte aucune régularité quant au choix de son siége; parfois même les manifestations de la syphilis finissent par devenir tellement obscures et insidieuses qu'elles sont facilement méconnaissables et assez

souvent méconnues par la généralité des médecins.

C'cst dans ce dernier cas que le diagnostic est extrêmement difficile et quelquefois impossible, si l'on n'a pas une connaissance approfondie des antécédents du malade. On est déjà en droit de soupçonner chez lui l'existence de la diathèse lorsqu'en passant en revue son état de santé antérieur, on y trouve des explosions répétées d'accidents syphilitiques, combattues chaque fois avec succès et néanmoins chaque fois reproduites. La question se trouve ainsi simplifiée et le problème pourra bientôt se résoudre par l'étude attentive du malade, par l'examen des symptômes offerts au moment même de l'interrogation, et enfin par les résultats obtenus par la médication spécifique. C'est ainsi que des symptômes concomitants incontestablement syphilitiques viennent parfois éclairer le médecin lorsque, par exemple, il se trouve en face d'un accident grave qui doit tout d'abord attirer son attention pour arracher le malade à une mort imminente.

Ainsi chez la jeune fille hémiplégique, la nature de l'affection ne fut reconnue que grâce à la présence d'une syphilide tuberculeuse et d'une syphilide maculeuse du cou, symptômes qui ont de loin éveillé l'attention (1). Chez un malade affecté d'un tic douloureux de la face, l'existence simultanée de tubercules de la langue et d'une tumeur gommeuse à la main fut d'un immense secours pour reconnaître sans retard l'origine et la nature de cette terrible névralgie. Nous croyons inutile de multiplier ici ces exemples, que l'on trouvera d'ailleurs en grand nombre dans le courant de cet ouvrage.

Il résulte de ce qui précède, que lorsque chez un

(1) Voyez Observation XXVII.

malade affecté d'un accident nerveux quelconque, on rencontre en même temps, soit du côté de la peau, soit dans une autre partie du corps, des symptômes facilement appréciables et portant l'empreinte de la vérole, on a de puissantes raisons pour soupçonner l'action de la diathèse. Néanmoins on n'est pas autorisé à conclure de ce fait seul, que l'accident nerveux découle certainement de la syphilis. Il est très concevable qu'un homme puisse avoir tout à la fois une exostose du tibia et un foyer apoplectique occasionnant une hémiplégie, indépendamment de la diathèse syphilitique.

Cependant, si le malade était jeune, comme les sujets de plusieurs de nos observations, si ses antécédents héréditaires ne le prédisposaient pas aux affections encéphaliques, etc., si en un mot aucune cause probante, en dehors de la syphilis, ne pouvait être invoquée pour expliquer la production de la maladie ; si, d'ailleurs, il éprouvait des douleurs nocturnes limitées à une partie de la tête et coïncidant avec des douleurs ostéocopes des membres, on aurait les plus grandes probabilités en faveur de la nature syphilitique de la maladie encéphalique. Ces probabilités seront puissamment corroborées par la rareté de l'hémorrhagie cérébrale avant la trentième année et par la fréquence relative de l'hémiplégie chez les jeunes individus qui se trouvent sous le coup de la diathèse syphilitique.

Mais pour réduire à leur juste valeur les divers arguments qui précèdent, et pour montrer clairement combien sont grandes les difficultés que l'on rencontre lorsqu'il s'agit d'asseoir un diagnostic au lit du malade, on doit se rappeler d'une part que l'hémorrhagie cérébrale éclate souvent sans prodromes et sous l'influence de causes qui nous échappent, et d'autre part que les paralysies encé-

phaliques de la syphilis n'étant pas habituellement consécutives à des exostoses, leur invasion n'est pas escortée par les phénomènes qui accompagnent ces lésions. Aussi y a-t-il parfois une telle uniformité, une telle similitude entre la paralysie encéphalique indépendante de la syphilis et celle déterminée par cette affection, qu'il est du devoir du clinicien de différer et d'attendre pour se prononcer. Ces importantes restrictions étant faites, le médecin qui se trouve en face d'un cas de ce genre, doit rechercher un terme de comparaison dans l'étude des faits analogues. Il y a en effet dans la science, et l'on trouvera consignées dans cet ouvrage, des observations fort remarquables de paralysies encéphaliques, avec lésions syphilitiques évidentes, constatées à l'autopsie; nous possédons en outre, fort heureusement, des exemples de paralysies syphilitiques entièrement dissipées, grâce aux antidotes habilement maniés.

Les rapports symptomatiques qui existent entre les faits éclairés par les nécropsies et ceux dans lesquels la guérison a été obtenue par les spécifiques, doivent donc nous permettre de poser un diagnostic aussi approximatif que *possible* dans des cas semblables et d'une aussi grande difficulté.

Et pourtant ce n'est pas encore dans ces cas qu'il est le plus difficile de prouver la participation active de la diathèse syphilitique. Parfois les preuves matérielles manquant absolument, les renseignements seuls nous autorisent à diagnostiquer la nature syphilitique de l'affection, sans que l'on puisse démontrer par l'état présent du malade que la diathèse existe.

C'est dans ces circonstances graves et délicates que l'expérience personnelle et le tact médical suppléent à l'imperfection de nos investigations et à l'absence de tout

signe caractéristique. L'indication la plus minime, un renseignement muet pour bien d'autres suffit souvent pour éclairer le praticien dont l'intuition se trouve corroborée par l'expérience.

Nous aurons l'occasion de citer des faits dans lesquels les heureux résultats de la médication spécifique sont venus donner raison à un diagnostic fort hasardé au premier abord.

Il n'existait pas, à la vérité, chez ces malades, de preuves visibles de l'activité de la syphilis ; mais à diverses époques antérieures ils en avaient éprouvé des manifestations que n'avaient pu prévenir les traitements prolongés et complets en apparence, auxquels ils avaient été soumis. On peut donc en conclure que chez eux la diathèse non anéantie restait toujours à l'état latent, pour manifester sa présence aussitôt que le traitement spécifique avait cessé d'influencer l'organisme. Tous ces soupçons d'ailleurs et ces probabilités peuvent se convertir en certitudes, ainsi que nous l'avons dit, lorsqu'on compare ces malades, qui offrent des lésions de nature obscure et incertaine, à d'autres qui en présentent de semblables, déterminées certainement par la syphilis dont ils portent les empreintes profondes. Mais, la plus grande probabilité en faveur du diagnostic dont nous parlons, c'est la rapidité avec laquelle le traitement spécifique a amené chez nos malades d'abord une amélioration remarquable, puis une guérison complète.

Nous arrivons maintenant à une nouvelle et dernière pierre de touche qui nous aide à établir, *a posteriori*, l'existence de la diathèse syphilitique.

Quel est le degré d'importance que l'on doit accorder aux effets du traitement dans le genre d'affections qui nous occupe, lorsque l'on veut appliquer le célèbre

aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes?*

Pour essayer de répondre à cette proposition, on doit préalablement élucider deux questions offrant le plus haut intérêt, lorsqu'il s'agit d'admettre ou de rejeter la présence de la diathèse syphilitique.

a. Le traitement spécifique guérit-il toujours la syphilis, ou du moins en fait-il constamment disparaître les manifestations?

b. La médication spécifique (iodée et mercurielle) ne guérit-elle pas ou n'influence-t-elle pas heureusement d'autres maladies que la syphilis constitutionnelle?

Il suffit de s'être livré pendant un certain temps à des études spéciales sur la vérole pour acquérir la conviction que les symptômes diathésiques de la syphilis offrent une bénignité ou une violence et une ténacité très-variables selon les individus; rien cependant ne peut nous faire présumer les raisons de cette diversité incontestable des expressions de la diathèse.

Il est généralement vrai que les malades d'un tempérament lymphatique et d'une santé détériorée opposent une faible résistance aux ravages de la syphilis, quelquefois galopante chez eux, en dépit du meilleur traitement institué de très-bonne heure.

On voit néanmoins des individus sanguins et d'une excellente constitution être en proie aux plus graves manifestations syphilitiques qui envahissent de plus en plus l'organisme, malgré les doses considérables de médicaments spécifiques, auxquelles on est arrivé successivement, pour arrêter les progrès rapides de l'affection. C'est ainsi que l'été dernier un de nos malades fut soumis à une médication hydrargyrique *pendant quatre mois entiers*, *sans*

que celle-ci ait pu arrêter la marche des ulcérations profondes siégeant sur les deux amygdales. Le proto-iodure de mercure a été d'abord employé jusqu'à la dose de 30 centigrammes par jour. Plus tard, la liqueur de Van Swieten fut prescrite et portée successivement jusqu'à la dose de 80 grammes par jour, en même temps que le malade était soumis à deux fumigations cinabrées par semaine. Malgré ce traitement si énergique, continué pendant quatre mois, nous n'avons pu parvenir à arrêter le moins du monde la destruction progressive des amygdales. Il s'agissait d'un jeune homme de 27 ans, sanguin, frais et robuste, jouissant d'une excellente santé et ne présentant d'ailleurs aucun des attributs du tempérament lymphatique. Les toniques et les amers, ajoutés au traitement spécifique, bien qu'il n'y eût pas indication, n'amenèrent non plus aucun résultat favorable.

Enfin, 8 grammes d'onguent napolitain employés chaque jour en onctions sur la peau produisirent, dans *l'espace d'une semaine, un léger ptyalisme. L'amélioration des ulcères de la gorge* fut constatée à dater de ce jour.

Chez ce jeune homme, que nous avons soigné sous la direction de notre bien-aimé maître, M. Ricord, le traitement a enfin triomphé de la maladie ; mais il y a des malades *chez lesquels rien n'empêche la marche progressive de l'affection. C'est ce qu'on voit surtout, quand la diathèse a atteint son maximum de développement et qu'il y a cachexie syphilitique.* Cette remarque est également applicable à la syphilis galopante. A ce propos, nous citerons l'histoire d'un jeune malade de l'hôpital du Midi (service de M. Ricord), dont voici le résumé succinct :

Agé de 26 ans, lymphatique, mais d'une excellente santé antérieure, il n'avait jamais eu aucune affection sérieuse, lorsqu'*il y a six mois* il contracta un chancre du

prépuce. Dès le *vingtième jour* de l'apparition de l'ulcération, le malade fut soumis au proto-iodure de mercure dont la dose fut d'abord de *dix*, puis de *quinze centigrammes* par jour. X..... pâlit, maigrit et s'affaiblit progressivement. Malgré les toniques employés conjointement avec les spécifiques, les manifestations de la syphilis devenaient de plus en plus graves et profondes ; des syphilides pustuleuses ont *couvert la peau dans presque toute son étendue, et persistèrent en s'aggravant malgré le traitement ;* de sorte que, en janvier 1859, six mois seulement après le début du chancre, le malade était dans un état effrayant, qui inspirait les plus vives inquiétudes. En effet, il avait *toute la surface du corps envahie par des ulcères profonds couverts de croûtes brunes*, larges par places, et de la forme du rupia en d'autres endroits. *Les mercuriaux, l'iodure de potassium, la liqueur de Fowler, les toniques, les iodés, rien n'a pu améliorer son état, ni empêcher les ulcérations de s'étendre en surface et en profondeur.* Il a fallu plus tard instituer un traitement exclusivement tonique de plus de trois mois, pour fortifier la constitution si rapidement délabrée par l'influence de la vérole chez ce malade. Ce n'est qu'après cet espace de temps que le mercure fut repris avec succès, et qu'il finit par se rendre maître de l'affection, après deux mois de traitement. C'est surtout lorsque des productions plastiques, des gommes par exemple, siégent dans la substance cérébrale même, que le traitement spécifique peut facilement échouer; aussi arrive-t-il dans ces cas qu'on ne puisse nullement atténuer la violence des phénomènes encéphaliques, et que les spécifiques restent impuissants contre des accidents incontestablement syphilitiques.

Nous verrons que chez l'un de nos malades le traite-

[redacted]

ment mixte fit bien disparaître la syphilide tuberculeuse de la peau, mais qu'il n'amena aucune amélioration quant à la paralysie. Ce n'est pas là une raison suffisante pour conclure que l'affection cérébrale n'était pas de nature syphilitique; et l'autopsie nous a bien prouvé l'identité d'origine de tous ces accidents, en nous montrant une véritable gomme du cerveau, au milieu d'un ramollissement de la substance cérébrale. On comprend, en effet, qu'une tumeur gommeuse puisse produire, par son séjour au milieu de la substance de l'encéphale, un ramollissement qui, n'étant nullement influencé par le traitement spécifique, finisse par conduire le malade au tombeau, lors même que toutes les manifestations externes de la syphilis auront disparu, grâce à la médication.

Il résulte de ce qui précède, et des exemples analogues que nous n'aurions pu multiplier ici sans dépasser les limites que nous nous sommes assignées dans cet article déjà trop long, que des manifestations morbides, dépendant incontestablement de la syphilis ou déterminées par ses produits, peuvent résister au traitement spécifique, sans qu'on soit en droit d'en inférer que la diathèse est étrangère à l'affection du système nerveux, par cela seul que les troubles de ce système ont persisté malgré la médication antisyphilitique.

La médication antisyphilitique n'influence-t-elle pas heureusement d'autres maladies que la syphilis constitutionnelle?

Le mercure guérit certainement d'autres maladies que la vérole. Il suffisait aux anciens et surtout à Baillou, qu'un accident quelconque fût guéri ou amélioré par le mercure pour qu'ils proclamassent sa nature syphilitique. On est quelquefois d'autant plus étonné des résultats heureux dont cet auteur se félicite, qu'il le voyait réussir

contre des accidents que le mercure aggrave de nos jours bien loin de les améliorer; telles sont les ostéites et les exostoses suppurées.

Quoi qu'il en soit, le mercure peut être employé avec succès dans une foule de maladies; et sans parler de la péritonite et du phlegmon diffus, n'y a-t-on pas recours d'une manière générale toutes les fois qu'on désire combattre des accidents phlegmasiques, ou qu'on se propose d'obtenir la résolution d'un engorgement quelconque?

Enfin, dans les affections de l'encéphale même n'administre-t-on pas les divers sels de mercure, soit comme altérants, soit pour déterminer une dérivation sur le tube digestif?

Il ne serait donc pas rationnel, absolument parlant, de conclure à l'existence de la diathèse syphilitique par cela seul qu'un accident aura disparu sous l'influence de la médication hydrargyrique. Mais, si des *antécédents certains* plaident en faveur de la présence de l'état diathésique, si l'affection qu'on a à combattre présente les symptômes, la marche, le caractère des manifestations de la vérole, si la syphilis soupçonnée recule en même temps devant l'emploi des médicaments spécifiques, on peut tirer parti de ce résultat de la médication pour multiplier le nombre des probabilités en faveur de la présence de la diathèse; probabilités dont la somme conduit alors à la certitude.

Lorsque chez un malade ayant déjà présenté des signes certains de la vérole constitutionnelle, il se développe plus tard quelques accidents nerveux, analogues à ceux qui ont éclaté chez d'autres individus par l'effet certain de la syphilis, lorsque enfin le traitement spécifique parvient à dissiper ces accidents nerveux soupçonnés syphilitiques, on est en droit de penser, ayant pour soi les plus grandes

apparences de raison, que la diathèse *n'avait trahi sa présence que par une seule manifestation*, *ce qui arrive principalement quand la syphilis est d'ancienne date.*

On voit, d'après ce qui précède, que lorsque *dans une affection nerveuse* il s'agit de déclarer que la cause déterminante est la *diathèse syphilitique*, *on doit s'enquérir surtout du passé du malade*, *examiner son état présent*, *afin de rechercher les manifestations syphilitiques concomitantes*, comparer ce malade à d'autres évidemment syphilitiques, et enfin interroger le traitement qui peut confirmer en dernier lieu le diagnostic probable. On conçoit que, dans certains cas, la tâche du médecin soit rendue extrêmement difficile; en effet, lorsqu'il ne veut pas s'appuyer sur des apparences peu concluantes, il est à se demander, après la radiation même de l'affection nerveuse, si elle était réellement déterminée par la syphilis.

B. De la diathèse syphilitique héréditaire.

La diathèse héréditaire se révèle à l'observateur par un ensemble de symptômes qui, dans l'immense majorité des cas, la font reconnaître dès la naissance; mais il n'en est pas toujours ainsi; l'enfant peut naître avec le germe de la vérole, et, chose remarquable, celle-ci reste parfois à l'état latent jusqu'à l'âge de deux, de trois, de douze mois et même davantage, ainsi que nous en avons vu des exemples.

Voici cependant les signes ordinaires auxquels on reconnaît la diathèse syphilitique héréditaire: l'enfant vient au monde couvert de taches et d'ulcérations, affecté d'une rhinite spécifique, souvent privé de cils et de sourcils; la peau est luisante, le derme épaissi et endurci par

places; des plaques muqueuses, des taches ou plutôt une coloration bistre recouvre une grande partie de la peau. Les ongles sont mous et en partie détruits; la voûte et le voile du palais plus ou moins compromis, etc.; le corps est grêle et peu développé, enfin l'enfant naît le plus généralement avant terme. On sait en effet que l'accouchement prématuré est souvent la conséquence de l'existence de la diathèse syphilitique chez les parents. Aussi voit-on des femmes avoir une série de fausses couches jusqu'à ce que le parent vérolé (habituellement le père) ait été soumis à un traitement antisyphilitique, quoiqu'il n'ait offert depuis nombre d'années aucun signe apparent de la diathèse. Voici un exemple curieux de la ténacité de la diathèse chez le progéniteur, sans qu'aucun symptôme appréciable en ait fait pressentir la puissance.

OBSERVATION I. — *Père ayant contracté la syphilis en* 1849; *un traitement mercuriel de trois mois dissipe les accidents constitutionnels. Aucune manifestation n'est survenue depuis cette époque. En* 1855 *il se marie; la femme avorte une première fois à six mois; elle présenta des signes d'infection pendant cette grossesse. Deuxième avortement à sept mois; troisième fausse couche au commencement du neuvième mois. Enfin accouchement à terme d'un enfant qui trois jours après sa naissance offre des manifestations syphilitiques auxquelles il succombe au quarantième jour.*

Monsieur X... est âgé de 40 ans; d'une bonne santé habituelle, il n'a jamais eu aucune maladie sérieuse qui mît sa vie en danger; il n'offre aucun des attributs du tempérament lymphatique.

En 1840, 1845 et 1846, il eut des urétrites qui ont été guéries par les balsamiques et par des injections astringentes. Ces blennorrhagies n'ont été accompagnées ni suivies d'aucun symptôme dénotant chez M. X... une modification constitutionnelle.

En 1847, il eut un chancre sur la partie gauche du gland,

accompagné d'une adénite inguinale du même côté; le bubon fut ouvert par le bistouri. Le chancre dura pendant trois mois environ ; le malade se trouve dans l'impossibilité de nous dire s'il était induré; un traitement hydragyrique de deux mois fut ordonné par un médecin et scrupuleusement suivi par M. X... Le malade ne peut nous renseigner, ni sur la dose du médicament, ni sur la préparation employée ; quoi qu'il en soit, aucun signe diathésique ne se manifesta à la suite de cette ulcération vénérienne.

En 1849, X... contracte un nouveau chancre siégeant sur le prépuce; ce chancre dure un mois environ, n'est pas accompagné d'adénite suppurée et se cicatrise sans que le malade ait constaté une induration persistante. Pendant la durée du chancre, X... est soumis à un traitement mercuriel ; trente-cinq jours après que cette médication fut suspendue, il survient chez le malade des phénomènes annonçant l'infection de l'économie, douleurs préarticulaires, éruption boutonneuse du cuir chevelu, roséole syphilitique, plaques muqueuses de la gorge, etc.

M. X... est remis au mercure pendant trois mois. Toutes les manifestations diathésiques disparaissent avec rapidité, et malade et médecin croient avoir frappé le mal dans sa racine, et l'avoir éteint à tout jamais; le fait est qu'aucun symptôme apparent n'est venu depuis démentir leurs prévisions ; M. X... est un homme très-attentif, et il affirme n'avoir jamais remarqué chez lui aucun signe physique de l'infection ; il n'a éprouvé non plus aucun symptôme physiologique pouvant être rattaché à la syphilis; aussi contracte-t-il mariage en 1855, après avoir de nouveau consulté des médecins pour l'acquit de sa conscience. Sa dame, charmante personne de 18 ans, bien constituée, bien conformée et d'une santé parfaite, est très-bien réglée depuis l'âge de 15 ans. A peine mariée, elle devient enceinte. Sa santé continue à être excellente pendant la grossesse; mais au sixième mois, sans aucun accident préalable, sans aucune cause connue, elle avorte d'un enfant dont l'examen n'a pas été fait. Déjà quelque temps avant la fausse couche on avait remarqué chez madame X... une éruption siégeant à la paume de la main de chaque côté. Cette éruption, qui a duré plusieurs mois, était accompagnée de desquamation de

l'épiderme et laissait à sa suite de larges plaques livides et plus tard cuivrées. A la même époque des rougeurs plus ou moins étendues, sans sensation douloureuse, siégeaient au palais et à l'arrière-gorge ; ce sont là les seuls renseignements que nous ayons pu recueillir en interrogeant très-attentivement les époux X.... aucune importance ne fut attachée à ces éruptions. Depuis cette époque aucun autre symptôme ne fut constaté chez Madame X... qui ne fut soumise à aucune médication.

M. X... examiné à plusieurs reprises par des hommes de l'art a toujours été trouvé sain et sauf de tout signe syphilitique. Deux mois après l'avortement seconde conception; madame conserve son embonpoint et son excellente santé ; mais arrivée à la fin du septième mois de sa grossesse, elle est prise des douleurs de l'enfantement et avorte de nouveau sans qu'elle puisse attribuer l'événement à quoi que ce soit ; l'enfant était déjà mort plusieurs jours avant son expulsion ; il n'a point été examiné, pas plus que le délivre. C'était en février 1857.

En août 1858, nouvelle grossesse qui marche normalement jusqu'à la fin du neuvième mois. A cette époque, et tout à coup, madame ne sent plus les mouvements du fœtus ; l'enfant est mort et expulsé quatre jours après ; pas plus que les précédents, il n'attira l'attention des assistants et ne fut soumis à aucun examen. Les suites de couche se passent normalement, et cinq mois après l'accouchement, madame devient de nouveau enceinte et pour la quatrième fois. La grossesse s'écoule dans les meilleures circonstances et atteint cette fois-ci son terme physiologique ; madame accouche d'un magnifique garçon bien développé et paraissant réunir toutes les conditions de santé et de vie. Mais à peine arrivé au troisième jour de son existence, il est pris d'un coryza intense ; la paume des mains et les plantes des pieds se desquamment après le soulèvement de leur épiderme sous forme de phlyctènes ; la poitrine se couvre également de taches livides et d'ampoules de pemphigus ; les médecins constatent des ulcérations sur les muqueuses nasale et buccale ; l'enfant jaunit, maigrit, dépérit, refuse enfin le sein de sa nourrice qui, soit dit en passant, ne paraît avoir rien contracté, et succombe au quarantième jour. Les médecins avaient diagnostiqué la syphilis héréditaire, et néanmoins ils n'avaient pas jugé à propos d'in-

stituer une médication spécifique dont ils craignaient les fâcheux résultats chez un enfant en si bas âge.

C'est alors pour la première fois que les soupçons de M. X... furent éveillés sur la véritable cause de ces avortements successifs ; aussi vient-il nous consulter avec sa dame. L'examen le plus attentif et le plus complet ne fait constater chez lui aucun symptôme diathésique, physique ou rationnel ; du reste, ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'en a présenté aucun depuis 1849. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement chez lui. Il en est de même de madame qui conserve toute sa fraîcheur et toute sa beauté.

Cependant, malgré l'absence de tout symptôme diathésique chez les époux X..., bien que M. X... n'en ait présenté aucun depuis onze ans, ses antécédents syphilitiques, cette suite de fausses couches dont la cause ne pouvait être rattachée à aucune circonstance appréciable, les accidents que madame a offerts pendant la première grossesse, et en dernier lieu les stigmates franchement syphilitiques constatés chez le dernier enfant, toutes ces données réunies nous ont autorisé à admettre que la cause occulte de la mort des enfants devrait être recherchée dans un empoisonnement du germe par la diathèse syphilitique persistante chez le géniteur à l'état de puissance.

Nos maîtres MM. Paul Dubois et Ricord, appelés en consultation, ont confirmé de toute leur autorité ce diagnostic rationnel ; en conséquence, les époux X... furent soumis à un traitement mixte pendant six mois entiers (mercure et iodure de potassium).

Cette observation renferme une foule de précieux renseignements dont je ne veux examiner que les plus remarquables. La diathèse syphilitique peut donc rester inactive pendant nombre d'années chez le père et se transmettre à ses produits sans faire de nouveau explosion chez lui. — Quelque temps après la première conception madame X... a présenté des symptômes qui paraissent devoir être attribués à une transmission de l'affection syphilitique. Cependant M. X..... ne portait

[redacted]

aucune trace d'affection syphilitique, ni sur les organes génitaux, ni ailleurs; la grave et importante question qui se présente ici est la suivante : Quel a été le mode de transmission de la maladie du mari à la femme? serait-ce par l'intermédiaire du produit de la conception ? — A mesure que les grossesses se répétaient, la diathèse, perdant en quelque sorte de sa forme par ces transmissions successives aux germes fécondés, permettait à ceux-ci de se développer de plus en plus; de telle manière que le dernier enfant naquit à terme et vivant, tandis que ses aînés avaient succombé à une époque de plus en plus voisine de la conception.

En effet les autres enfants ont été tués avant que les manifestations diathésiques n'aient eu le temps de se produire; tandis que le poison affaibli par ses transmissions répétées, s'il est permis de s'exprimer ainsi, n'a déterminé la mort chez le dernier enfant que beaucoup plus tard; la vie a pu se prolonger jusques après la naissance. Les symptômes de la syphilis héréditaire se sont manifestés quelques jours après l'accouchement, ainsi que cela a lieu dans la grande majorité des cas.

Cette observation nous prouve de la manière la plus évidente que le médecin ne doit jamais affirmer qu'un homme est à l'avenir à l'abri de nouvelles manifestations syphilitiques et qu'il procréera des enfants sains, lors même que plusieurs années se seraient écoulées depuis la disparition des accidents constitutionnels et que l'individu n'offrirait à l'examen le plus attentif aucun indice de l'activité de la diathèse. Quelque décourageante que puisse être cette assertion, nous devons l'émettre comme l'expression de la vérité; et pour mon compte je possède trois autres observations qui m'autorisent à conclure dans le même sens que la précédente.

Aussi, lorsqu'un médecin est consulté pour des avortements répétés, que de circonspection et que de prudence ne doit-il pas déployer dans ses réponses ! Nos connaissances sont bien incomplètes relativement aux lois qui régissent la syphilis héréditaire. L'expérience pourtant nous enseigne que c'est là une des causes fréquentes d'avortement.

En effet, si dans l'observation qui précède, le dernier enfant ne venait révéler par des preuves physiques incontestables, l'existence de la diathèse syphilitique, comment serait-on arrivé à soupçonner la véritable cause de la mort prématurée de ses aînés ? Sur quelles probabilités se serait-on fondé pour incriminer la syphilis à laquelle le nom de larvée est si applicable dans ces circonstances ? Comment débrouiller, dans l'obscure étiologie de l'avortement, la véritable cause qui l'a déterminé, lorsque plusieurs femmes, en dehors de tout antécédent syphilitique, sont fatalement condamnées, et sous l'influence de circonstances qui nous échappent, à ne jamais mener à terme le produit de la conception; tandis que d'un autre côté l'existence de la diathèse syphilitique chez les géniteurs n'est pas toujours, tant s'en faut, une cause de mort du fœtus dans le sein maternel ?

Pour compléter cette observation, nous devons ajouter que madame X... est redevenue enceinte après avoir suivi régulièrement son traitement, ainsi que M. X..., pendant six mois. La grossesse s'est très-bien terminée par l'accouchement à terme d'un enfant du sexe masculin, bien développé, vivant, et qui n'a présenté jusqu'à présent (17 septembre 1861), aucun signe qui fasse soupçonner chez lui l'existence de la syphilis, quoiqu'il ait aujourd'hui deux mois passés.

M. Paul Dubois a vu des femmes enceintes, offrant des

signes certains de syphilis constitutionnelle, ne pas la transmettre à leurs enfants. Cela prouverait-il que dans l'hérédité le père joue un rôle bien plus important que la mère? des travaux très-remarquables tendent à établir le contraire (1).

Des pères syphilitiques peuvent procréer des enfants sains. Une observation recueillie par nous et relatée dans le chapitre de cet ouvrage consacré à l'hémiplégie, nous en offre un exemple des plus remarquables.

Le père contracte un chancre infectant suivi bientôt d'accidents constitutionnels, en 1852. Tous les symptômes cèdent rapidement à une médication spécifique ; il se marie en 1855, et devient père de deux enfants sains, en 1856 et en 1857. A la fin de 1857, la diathèse syphilitique se révèle chez lui par le développement d'une syphilide tuberculeuse. Un traitement mixte de quatre mois dissipe encore ces accidents et paraît avoir annihilé la diathèse. Mais en 1858 il est atteint d'une iritis gauche qu'on guérit également par les mercuriaux. En 1860, il est pris d'accidents encéphaliques simulant une hémorrhagie cérébrale. Cependant ses deux enfants sont bien développés et jouissent d'une excellente santé. Sont-ils fatalement condamnés à payer plus tard la dette contractée par leur progéniteur? Quoi qu'il en soit, les enfants peuvent présenter au moment de leur naissance des signes flagrants de la diathèse syphilitique : des éruptions, du coryza, un développement tellement peu en rapport avec leur âge qu'ils ont l'air de petits êtres décrépits selon la juste et spirituelle expression de M. le professeur Trousseau; ou bien ils naissent frais, roses, bien développés, mais avec le germe inné de la vérole qui ne fera explosion que quel-

(1) *Mémoire de M. le docteur Cullerier.*

ques jours, quelques semaines et parfois même, rarement il est vrai, longtemps après la naissance. Dans ce cas, ils se couvrent de phlyctènes, de pemphigus, ainsi que l'a signalé M. P. Dubois; ils sont pâles, bouffis, criards, tettent difficilement à cause de leur embarras nasal, et offrent sur diverses parties du corps des taches brunes plus ou moins grandes qui se voient plus fréquemment à la région des sourcils et au voisinage de la bouche, que partout ailleurs. Leur lèvre supérieure est toujours souillée d'un liquide purulent sécrété par le nez, etc.

Mais la maladie peut rester latente pendant des mois et même pendant des années. L'expérience nous apprend que la syphilis héréditaire détermine des conséquences d'autant plus funestes que ses manifestations éclatent à une époque plus rapprochée de la naissance.

Avant de finir ce chapitre qui n'est qu'une esquisse très incomplète des phénomènes les plus fréquents de la syphilis héréditaire, nous rappellerons que la cachexie n'est, comme nous l'avons déjà indiqué, que le plus haut degré de la diathèse.

Il est d'ordinaire difficile de la méconnaître; car elle est généralement accompagnée de phénomènes extérieurs, tels que : exostoses, ulcérations, éruptions profondes, etc.; mais il n'en est pas toujours ainsi, et le malade d'une de nos observations nous fournit la preuve du contraire.

Les malades arrivés à la période ultime de la vérole présentent des phénomènes qui traduisent une perturbation de toutes les fonctions organiques : l'appétit devient nul; la digestion, pénible et laborieuse; épuisés par une diarrhée colliquative, ils sont maigres, bouffis, œdématiés, jaunes, terreux, et présentent ainsi les signes d'une anémie extrêmement prononcée; les médicaments ne

[redacted]

produisent chez eux aucun effet salutaire; arrivés à ce degré de la diathèse, ils sont voués à une mort certaine. Parmi les diverses médications, l'analeptique seule peut prolonger leur existence; les antisyphilitiques ne sont d'aucune utilité; bien loin de là, ils déterminent des résultats nuisibles; car d'une manière générale les cachectiques ne peuvent pas les supporter. Chez les enfants, la diarrhée et les convulsions amènent souvent une mort rapide.

Ainsi qu'on le voit, tous ces phénomènes n'appartiennent pas exclusivement à la syphilis. Ils sont, au contraire, communs à toutes les diathèses, ou plutôt à toutes les affections chroniques qui pervertissent les fonctions essentielles et réduisent au marasme.

Ce serait ici le lieu d'agiter une question pathogénique de la plus haute importance, à savoir si la diathèse syphilitique, une fois établie, peut être éteinte radicalement; il nous semble que nous ne pourrions entrer dans des détails et des discussions à ce sujet, sans nous éloigner de notre but principal. Nous nous contenterons de faire remarquer qu'il ressort clairement de la lecture de plusieurs de nos observations, que chez certains malades le traitement le plus méthodique et le plus complet, institué même dès le début de l'affection, n'amène d'autre résultat que la disparition des manifestations syphilitiques. Prévenir donc pendant un certain temps les récidives, les éloigner de plus en plus, tel paraît être, dans un grand nombre de cas, le seul effet qu'on doive attendre de l'emploi des spécifiques.

[redacted]

CHAPITRE III.

SYPHILIS DES CHEVAUX ET ACCIDENTS NERVEUX QU'ELLE DÉTERMINE.

Il nous a paru intéressant de donner ici, en quelques mots, la description de la maladie vénérienne des chevaux appelée aussi maladie du coït, syphilis, épizootie chancreuse, vérole, maladie vénérienne nerveuse. Sous ce nom, les vétérinaires ont décrit une maladie qui offre la plus grande analogie avec la syphilis et qui est toujours accompagnée d'accidents nerveux à sa dernière période. Cette affection se transmet par l'accouplement; elle n'attaque, selon MM. Bouley et Reynal, que la jument et l'étalon, et jamais les hongres.

Elle débute par une tuméfaction du fourreau plus ou moins inflammatoire et par l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine et de l'auge. Chez quelques sujets il y a une éruption passagère sur la verge et une irritation du méat urinaire que quelques observateurs ont décrite comme constante. Cette première période peut échapper à l'observation. A une époque plus avancée, c'est-à-dire quelques semaines après, on observe des tumeurs cutanées, multiples, siégeant en premier lieu sur la croupe et résidant dans le derme. Elles sont circulaires et d'un diamètre de 3 à 9 centimètres. C'est là la seconde période de la maladie. Cette affection se propagerait par contagion, par le coït, d'après la plupart des vétérinaires; les malades vigoureux et bien nourris résistent à

la maladie, tandis que ceux qui se trouvent dans des conditions contraires, succombent rapidement.

Quelquefois, il y a de la fièvre; mais dans tous les cas il y a de l'abattement, de la nonchalance, un état comateux, de la décoloration des muqueuses et des phénomènes généraux qui dénotent une viciation du liquide sanguin. Quelquefois il y a des plaques foncées sur la verge.

Chez les juments, quelques jours après la saillie, les lèvres de la vulve se tuméfient, et bientôt paraissent des taches roussâtres, lie de vin, semblables à celles du pénis de l'étalon. L'avortement a souvent lieu dans cette période. Il serait habituel, selon Hertwig (de Berlin), vers le quatrième ou le troisième mois. Le petit nombre de juments qui vivent jusqu'au terme de la gestation ne produisent que des poulains maigres et faibles qui meurent au bout d'un temps très-court.

A cette époque survient chez la jument la deuxième période de la maladie avec les tumeurs sous-cutanées.

A partir de ce moment, la marche de l'affection est identique chez la jument et chez l'étalon. La débilité générale augmente; les forces musculaires sont déprimées; le train postérieur devient surtout faible, et les progressions chancelantes; puis apparaissent des symptômes de paralysies partielles : un membre ou un muscle seul peut être frappé d'inaction. Les membres postérieurs sont surtout frappés d'inertie; le membre droit l'est de préférence, dit-on, au gauche; souvent même il y a des attaques d'épilepsie. La langue, une oreille, une lèvre, une des paupières peuvent se paralyser; la sensation est conservée; la mort est la règle à cette période. La guérison peut s'obtenir avec persistance de la paralysie d'un membre.

[redacted]

Cette troisième période s'appelle *nerveuse ou paralytique*. La cause de la maladie réside dans le coït, mais elle se transmet aussi par simple contagion. Les faits dans lesquels la maladie se serait déclarée spontanément ne sont pas authentiques. Les personnes qui ont eu des excoriations aux membres et qui ont pansé les animaux n'auraient rien contracté.

A l'autopsie on a trouvé le cerveau ramolli et les ventricules contenant plus ou moins de sérosité.

A la moelle épinière le ramollissement et l'épanchement sont bien plus prononcés; ils s'observent plus fréquemment vers la partie lombaire. Sur les méninges, il y a quelquefois des signes de phlogose.

Quelques observateurs superficiels, disent MM. Bouley et Reynal, ont voulu établir une identité parfaite entre la maladie vénérienne des chevaux et la syphilis; mais la syphilis de l'homme n'a jamais une tendance aussi prononcée à revêtir un caractère nerveux.

Selon les mêmes auteurs, les mercuriaux ne réussissent pas chez les chevaux (1).

Nous avons vu que les accidents nerveux étaient plus fréquents chez l'homme qu'on ne le croit généralement. La vérité de cette proposition ressortira de plus en plus par la lecture des faits relatés dans ce travail. Quant à l'impuissance des mercuriaux contre la syphilis des chevaux, n'a-t-on pas soutenu avec talent qu'ils ne sont de nul effet contre la syphilis de l'homme, que la maladie suivra fatalement sa marche tracée d'avance, et que les soins hygiéniques seuls remplacent avec avantage tous les spécifiques ?

En Allemagne, on a même été beaucoup plus loin. Des

(1) *Nouv. Dictionnaire prat. de méd. vétérinaire et d'hygiène pratiques*, publié par MM. Bouley et Reynal, t. IV, p. 229.

médecins ont prétendu et soutenu que le mercure aggrave plutôt qu'il ne dissipe les manifestations syphilitiques. Or, l'argument tiré de l'insuccès des mercuriaux contre la similitude de la syphilis des chevaux avec celle de l'homme, n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée. Il en est de même de la complication fréquente d'accidents nerveux. Nous savons que les accidents nerveux sont assez communs chez les hommes syphilitiques. Il ne nous appartient pas, bien entendu, de trancher cette question. Nous dirons aussi que les vétérinaires ne nous paraissent pas être bien convaincus, quant à la nature même de la maladie. En tous cas, nous avons été frappé de la ressemblance que présente cette affection avec la syphilis de l'homme. Aussi avons-nous cru devoir en consigner ici les quelques détails qui précèdent.

CHAPITRE IV.

ESSAI HISTORIQUE.

La plupart des syphilographes ont reconnu à la vérole la faculté de pervertir les fonctions de l'appareil nerveux.

Pour les uns, les accidents nerveux ne se manifestent que lorsque les os et les parties protectrices de la masse encéphalo-rachidienne sont le siége de tumeurs ou de destructions syphilitiques; pour les autres, le virus peut agir, en outre, sur le système nerveux d'une manière directe et amener des désordres sans l'intermédiaire de lésions matérielles; ils admettent ainsi que le vice syphilitique, comme ils l'appellent, de même que le vice goutteux et rhumatismal, pervertit essentiellement l'accomplissement régulier des actes dont est chargée la fibre nerveuse. Cette manière de voir n'a pas été jusqu'à présent appuyée, que nous sachions, sur des recherches nécropsiques.

Pour ne pas étendre outre mesure les limites de ce mémoire, nous allons passer en revue, aussi rapidement que possible, les opinions de la plupart des médecins qui se sont occupés, incidemment ou d'une manière spéciale, des affections vénériennes ou des affections nerveuses en général. Mais qu'il nous soit permis de dire dès à présent, que bien des fois on est autorisé à se demander si l'auteur a positivement vu ce qu'il décrit, ou s'il n'établit pas plutôt

une hypothèse sur ce qui pourrait se produire dans certaines circonstances. A côté de ceux qui se sont bornés à émettre des aphorismes sans les soutenir par les faits, il en est d'autres qui ont tâché d'appuyer leur manière de voir sur quelques observations; mais celles qu'ils fournissent sont tellement incomplètes et insignifiantes, qu'en vérité, dans l'immense majorité des cas, on ne peut en tirer aucun profit pour la science exacte; néanmoins, quelques-unes d'entre elles peuvent, jusqu'à un certain point, servir à élucider la question qui nous occupe.

Le résumé que nous allons présenter ici sera court et succinct, parce que souvent dans le corps de notre ouvrage nous rappellerons des faits et des opinions soutenus par les divers syphilographes.

Nous devons citer le libellus de Nicolaus Leonicenus, dans lequel le professeur de Ferrare (1497) (1) a beaucoup insisté sur les douleurs violentes éprouvées par les malades atteints de l'épidémie; mais il faut faire observer que plusieurs médecins, parmi lesquels MM. Ricord et Beau, pensent que cette épidémie, loin d'appartenir à la syphilis, avait de l'analogie avec la morve.

On ne trouve que des notions bien vagues sur les accidents nerveux que la syphilis peut déterminer, soit dans l'ouvrage de Jean Vigo, chirurgien du pape Jules II (2), soit dans celui d'Ulrich de Hutten (3) dédié au cardinal archevêque par une victime de l'infection; soit dans celui de Fracastor, écrit sous le pape Léon X, avant 1521 par conséquent, mais dont l'édition porte le millésime 1530. Dans ce dernier ouvrage il est surtout question

(1) Luisini *Aphrodisiacus sive de lue venereâ*. Venise, 2 volumes, 1566-1567.

(2) Rome, 1514.

(3) Mayence, 1519.

des douleurs siégeant à la tête et dans les membres.

C'est encore de ces douleurs que parle principalement Fernel, quoiqu'il signale aussi les accidents cérébraux dans les cas où *la syphilis se porte à la tête.*

Nous n'avons rien puisé dans Sydenham (1), où l'on ne trouve que des expressions vagues et des opinions incertaines.

N'ayant point la prétention de faire un article bibliographique complet traitant de tous les syphilographes, arrivons aux auteurs qui ont le mieux indiqué les troubles causés dans le système nerveux par l'influence de la syphilis.

N. Massa (2) nous fournit un exemple de manie syphilitique : Un jeune homme de 25 ans avait contracté, à la suite d'un coït infectant, des ulcères profonds accompagnés de pustules disséminées sur tout le corps. *Au coucher du soleil il éprouvait dans la tête des douleurs très-intenses dont la malignité, en atteignant les ventricules du cerveau,* lui donnait des accès de manie aiguë. Massa le guérit de tous ces symptômes par quelques minoratifs, par les pilules indiennes, et autres remèdes analogues.

On lit dans Girardi Van Swieten (3) :

« Lues gallica, licet quasvis fere partes corporis occupet aliquando, frequentius tamen superiora... unde et inclusum his encephalum pessimè afficitur, et varii capitis morbi sequuntur. Sæpè observantur cerebri læsiones in lue venereâ inveteratâ, a levissimâ vertigine, ad lethalem apoplexiam usque.

« Pessimæ epilepsiæ, cæcitates, surditates. Possunt

(1) *Opera omnia.* Epist. II, *De luis venereæ curatione.*
(2) *De morbo neapolitano,* lib. II, c. VII.
(3) *Commentarii.* Lugd. Bat., 1773, vol. V, p. 404.

oriri tumores gummosi, et exostoses in calvariæ osseæ parte internâ, quæ premendo cerebrum, omnes ejus functiones turbant. »

Sauvages (1), en parlant des maladies qui peuvent être occasionnées par la syphilis, *énumère toutes les affections nerveuses*. Mais quelle importance attacher à ses assertions, quand cet auteur reconnaît la même origine au priapisme, à la goutte, à l'éléphantiasis, etc., etc.

Astruc (2) parle de la sciatique et la considère comme une douleur qui attaque les parties voisines de l'os ischion et tout l'extérieur de la cuisse. Il parle également de la surdité produite par une affection des osselets de l'ouïe (page 87). Quant aux vertiges syphilitiques, c'est l'effet, dit-il, du *trémoussement des fibres de la rétine par la grande quantité de sang qu'y apporte son artère centrale!* Cependant il indique clairement que des tumeurs peuvent comprimer les nerfs et déterminer la paralysie; mais à chaque pas, il confond les tumeurs syphilitiques avec le squirre. D'ailleurs il ne cite pas un seul fait à l'appui de ses assertions qui sont la reproduction des théories admises à cette époque; ainsi il parle *de la paralysie des nerfs par leur obstruction et de l'obstacle consécutif à la circulation des esprits animaux*.

Cirillo (3) indique l'épilepsie comme pouvant être déterminée par la syphilis. Il cite l'observation d'un soldat atteint de cette affection, et à ce propos il signale le *pouls syphilitique*, *dans lequel l'artère est petite*, basse et rare (page 357)!

Je ne m'occupe en ce moment ni de Baillou ni de

(1) *Nosol. méthod.*, t. X, p. 55.

(2) *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1740, t. III.

(3) *Traité complet et observations sur les maladies vénériennes*. Paris, 1803, p. 355, observ. XXXII.

Baglivi; j'aurai occasion d'en parler dans le courant de ce livre.

Benjamin Bell (1) nous donne, principalement sur l'épilepsie et sur la manie, des observations précises et détaillées.

On trouve deux observations d'épilepsie guérie par le mercure; elles sont de Cullerier (2). Houstet (3) publia l'observation d'un individu atteint de paralysie sous l'influence de la syphilis.

Le cerveau et les viscères ne me paraissent pas être altérés par le virus syphilitique, dit Astley Cooper, dans ses œuvres chirurgicales.

Hunter (4) reconnaît au contraire à la vérole le pouvoir d'agir sur ces divers organes; mais dans son Traité sur les maladies vénériennes (5) il dit n'avoir pas *vu la syphilis atteindre le cerveau.*

Joseph Frank fait une large part à la syphilis dans l'étiologie de toutes les affections; il nous offre deux exemples d'épilepsie syphilitique.

M. Lagneau père (6) dit que la surdité, l'amaurose, et bien d'autres névroses peuvent être occasionnées par la syphilis; il en est de même de l'épilepsie, l'hypocondrie, la mélancolie, la manie, etc. Il cite aussi (7) les paralysies vénériennes comme étant le résultat d'une tu-

(1) *Traité de la gonorrhée et de la maladie vénérienne*, trad. de Bosquillon, 1802.

(2) *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. XIV, p. 271-282.

(3) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 141.

(4) *Œuvres complètes*, trad. Richelot, t. III.

(5) Trad. Richelot, première édition. Paris, 1843, t. II, p. 535.

(6) *Traité des maladies vénériennes*, 1828, t. II, p. 320.

(7) T. II, p. 447.

meur ou de l'influence morbide d'une syphilis ancienne.

Lallemand (1) mentionne plusieurs cas d'épilepsies et d'accidents cérébraux déterminés par la syphilis.

Nous trouvons dans Baumès (2) le passage suivant : « Le « principe syphilitique, le virus vénérien une fois intro- « duit dans l'économie va porter une impression spéciale « sur certains tissus et généralement sur le système ner- « veux de la vie végétative. » Il énumère ensuite les accidents que les tumeurs syphilitiques peuvent produire du côté du cerveau.

M. Ricord et M. Cullerier ont montré tous les deux à l'Académie de médecine des gommes du cerveau.

En outre, M. Ricord a publié une observation remarquable d'accidents cérébraux déterminés par la syphilis et guéris par les spécifiques (3); quelque temps après, le malade qui fait le sujet de cette observation ayant succombé au choléra, l'autopsie ne révéla rien sur le siége ou la nature de la lésion qui aurait pu exister.

Vidal, de Cassis (4), admet également que la syphilis peut occasionner des altérations profondes du côté de la sensibilité et de la motilité. Il parle des courbatures, de l'abattement, de l'affaiblissement des forces musculaires, et des modifications de la sensibilité que *l'on a comparées aux névralgies et aux douleurs rhumatismales*. Plus loin il cite l'observation d'une femme qui, à la suite d'une nécrose syphilitique des os du crâne, succomba à une inflammation des méninges. Reconnaissant néanmoins la confusion qui règne dans les auteurs au sujet des

(1) *Recherches sur l'encéphale.*

(2) *Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes.* Lyon, 1840, t. I, p. 150.

(3) *Clinique iconographique.* Paris, 1851.

(4) *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1858, 3e édit.

affections nerveuses que la vérole peut déterminer, il avoue que *la syphilis des viscères est à faire*. Il parle d'un jeune homme de 30 ans qui, à la suite d'une syphilis constitutionnelle, offrit les symptômes d'une attaque d'apoplexie. L'iodure de potassium rétablit, dans ce cas, les facultés intellectuelles profondément lésées. Il cite enfin l'observation d'une paralysie syphilitique dont nous parlerons en temps et lieu.

Il existe encore plusieurs faits de maladies nerveuses syphilitiques observés par MM. Rayer, Beau, Briquet et Guérard (1).

MM. Trousseau et Pidoux (2) donnent des exemples de névroses syphilitiques périodiques et diurnes.

Nous avons aussi puisé dans divers journaux et recueils scientifiques plusieurs observations très-intéressantes, parmi lesquelles nous mentionnerons cinq cas de névroses syphilitiques publiés par M. Ébrard (3).

M. A. Cazenave (4) nous a fourni des faits non moins intéressants.

Le docteur Faurès a publié, *in extenso*, quatre exemples d'accidents cérébraux déterminés par la syphilis (5).

Sandras (6) dans ses leçons a appelé l'attention de ses auditeurs sur la paraplégie déterminée par une exostose du canal vertébral; la paraplégie suit *alors une marche lente et progressive; mais il faut se hâter d'agir, car l'exos-*

(1) *Annales de thérapeutique* du docteur Rognetta.

(2) *Traité de thérapeutique et de matière médicale.* Paris, 1858, t. I, p. 200.

(3) *Gazette médicale de Paris,* 1843, p. 119 et suiv.

(4) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*

(5) *Journal de médecine de Toulouse,* sept. 1854; et *Compte rendu des travaux de la Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse,* année 1858.

(6) *Gazette des hôpitaux,* 7 juillet 1852.

tose peut produire une lésion incurable de la moelle. Ce médecin a vu mourir un malade paraplégique quelque temps après l'institution du traitement spécifique qui avait produit une amélioration sensible. A l'autopsie on constata une exostose et un ramollissement de la moelle.

L'ouvrage de M. Prosper Yvaren (1), répondant en quelque sorte d'avance à la question posée par l'Académie, offre un recueil d'observations puisées dans les auteurs et dans sa pratique personnelle. Notre tâche étant de rechercher avant tout l'existence de la diathèse syphilitique bien établie, nous n'avons pu accepter la plupart de ses observations, la nature syphilitique des divers accidents qui y sont consignés pouvant être fortement contestée.

Néanmoins, l'auteur a eu le grand mérite d'appeler l'attention sur ces cas insolites de syphilis méconnue par la généralité des médecins.

On verra cités, dans le courant de notre travail, plusieurs autres faits appartenant à divers auteurs et que nous avons recueillis dans les journaux français et étrangers ; il serait donc superflu de les énumérer ici.

Quoique nous ayons parcouru la plupart des syphilographes, nous avons cru inutile d'entasser ici les faits relatés dans ces auteurs et dont le plus grand nombre laissent beaucoup à désirer, notamment à l'endroit de l'étiologie.

(1) *Des métamorphoses de la syphilis. Recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler, etc.* Paris, 1854.

CHAPITRE V.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES DUES A LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE ET EXAMEN MICROSCOPIQUE DES PRODUITS SYPHILITIQUES.

Il est fort rare aujourd'hui de voir la syphilis opérer les ravages effrayants dont les auteurs nous ont légué le récit. La rareté actuelle des terribles effets de la vérole relativement au nombre considérable d'individus qui en sont atteints, s'explique par l'efficacité des moyens employés contre la maladie, lors même qu'elle est arrivée à sa troisième période, ainsi que par l'empressement que les malades mettent dès le début de l'infection à consulter les gens de l'art. Il est donc facile de comprendre combien sont peu fréquentes de nos jours les occasions qui permettent de vérifier, après la mort, le diagnostic posé pendant la vie; nous avons pu cependant compléter quelquefois, par l'examen nécroscopique l'histoire des malades atteints d'accidents nerveux syphilitiques. Ce sont ces observations, jointes à quelques autres puisées dans les auteurs, qui nous donnent la possibilité d'essayer la description si difficile des altérations anatomiques du système nerveux dans la syphilis.

Mais, pour faire de l'anatomie pathologique, il n'est pas toujours indispensable de pratiquer l'autopsie du sujet; le siége des lésions nous permet parfois de nous livrer, même pendant la vie, à des investigations plus ou moins complètes. C'est ainsi, par exemple, que l'on peut

constater sur le vivant la compression des nerfs de certaines régions par des tumeurs gommeuses et ganglionnaires, compression qui détermine des troubles nerveux dans les parties où ces nerfs vont se distribuer.

L'ophthalmoscope, permettant d'examiner les parties les plus profondes de l'œil, nous offre un nouveau champ d'étude pour l'anatomie pathologique chez le vivant. C'est à l'aide de cet instrument précieux que bien des fois nous avons pu dessiner avec détails les lésions siégeant dans cet organe.

Des recherches cadavériques, effectuées sur des sujets attentivement étudiés pendant la vie, nous autorisent à poser en principe un fait de la plus haute importance dans l'histoire des affections nerveuses syphilitiques; ce fait consiste en l'absence de toute lésion matérielle chez des individus qui ont présenté pendant la vie des troubles profonds du côté de la motilité et de la sensibilité; troubles qui avaient été attribués à quelque compression déterminée par une tumeur syphilitique.

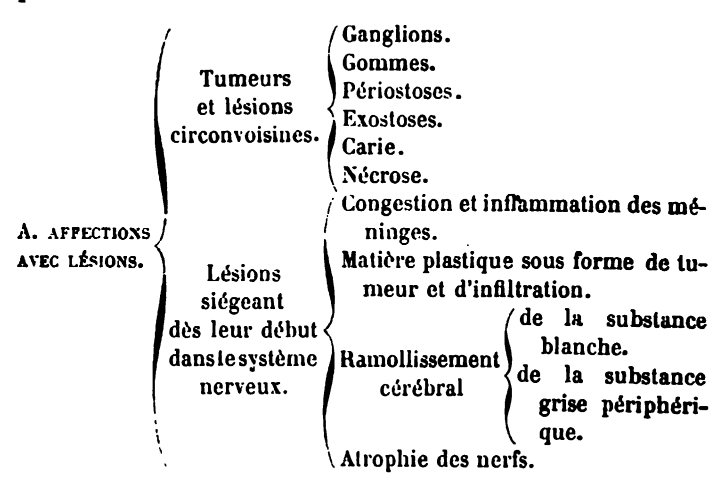
Néanmoins on verra, en étudiant les observations insérées dans ce travail que, dans la grande majorité des cas, la syphilis a déterminé des désordres dans les fonctions du système nerveux en y déposant les éléments d'un tissu nouveau que le microscope nous apprend être du fibro-plastique. La syphilis est en effet douée de la propriété caractéristique de créer de nouveaux tissus; mais ces tissus ainsi organisés deviennent plus tard le siége d'un travail destructif qui s'étend parfois jusqu'aux tissus normaux.

L'augmentation de la fibrine dans le sang des vérolés nous donne une explication très-satisfaisante de cette propriété organisatrice de la diathèse syphilitique à une certaine époque de son existence. Cette augmentation

quantitative de la fibrine, l'analyse chimique nous l'a fait constater dans une proportion assez considérable (Grassi). Et d'ailleurs l'induration du chancre, induration fibrineuse qui, dans certains cas, acquiert un volume si considérable, les périostoses, les exostoses, les tumeurs gommeuses développées dans l'épaisseur de la peau ou des viscères, ne sont-elles pas autant de preuves de l'augmentation de la fibrine charriée par le sang?

PROJET DE CLASSIFICATION DES AFFECTIONS NERVEUSES SYPHILITIQUES SELON LES LÉSIONS.

Pour faciliter l'étude de l'anatomie pathologique, on peut établir la classification suivante :



- A. AFFECTIONS AVEC LÉSIONS.
  - Tumeurs et lésions circonvoisines.
    - Ganglions.
    - Gommes.
    - Périostoses.
    - Exostoses.
    - Carie.
    - Nécrose.
  - Lésions siégeant dès leur début dans le système nerveux.
    - Congestion et inflammation des méninges.
    - Matière plastique sous forme de tumeur et d'infiltration.
    - Ramollissement cérébral
      - de la substance blanche.
      - de la substance grise périphérique.
    - Atrophie des nerfs.

B. AFFECTIONS SANS LÉSION.

Après avoir insisté sur les lésions anatomiques que la syphilis peut produire dans le système nerveux, nous décrirons les *divers éléments* que le *microscope* a toujours fait constater dans les tumeurs d'origine syphilitique.

Section I. — Affections du système nerveux avec lésions.

§ I. — Lésions siégeant dans le système nerveux. — Lorsqu'en étudiant l'anatomie pathologique des diverses affections du système nerveux on cherche à établir le rapport qui existe entre les symptômes et les altérations matérielles, on est frappé de voir combien les phénomènes morbides sont peu subordonnés aux lésions pathologiques.

Cette réflexion peut s'appliquer à toutes les lésions nerveuses ou cérébrales, quelle qu'en soit la cause première. Tel malade, dans le cerveau duquel l'autopsie nous montre une tumeur volumineuse, ne présentait aucun indice morbide peu de jours avant sa mort. Abercrombie (1) cite l'observation d'un individu qui, la veille de sa mort, passa la matinée en partie de plaisir; l'autopsie fit constater dans l'intérieur de l'hémisphère gauche une vaste cavité remplie de matière albumineuse. Aucun symptôme n'en avait révélé l'existence avant les dernières vingt-quatre heures de la vie; tel autre est en proie aux phénomènes les plus graves, aux douleurs les plus aiguës, bien qu'il ne porte qu'une tumeur à peine appréciable, ou qu'il ne soit affecté que d'une simple hypérhémie d'une partie de l'encéphale ou des méninges.

Les expériences entreprises sur les animaux, par M. Serres (de l'Institut), pour prouver que la masse encéphalique s'habitue à une compression graduelle, ne nous apprennent pas pourquoi tous les encéphales ne peuvent supporter également, et sans plus de danger pour les uns que les autres, une même compression, lors même que celle-ci leur est progressivement imposée. On

(1) *Maladies de l'encéphale*, traduction française.

voit tous les jours une tumeur du volume d'un pois, par exemple, engendrer plus de phénomènes morbides chez tel malade, qu'une tumeur de la grosseur d'une noix, siégeant d'ailleurs à la même région que la précédente, n'en produit chez tel autre. Cette diversité dans les résultats de la compression n'est-elle pas singulière et ne doit-elle pas être attribuée à l'individualité du malade?

1° *Congestion et inflammation des méninges.* — Pour éviter des répétitions fastidieuses, nous parlerons tout à la fois dans ce paragraphe des congestions des méninges et de celles de l'appareil nerveux central; d'ailleurs, leur distinction n'est guère facile à établir chez le vivant, et les nécropsies sont trop rares pour qu'elles puissent éclairer suffisamment la question. Nous ne saurions donc tracer exactement la ligne de démarcation qui sépare les unes des autres; aussi préférons-nous les réunir toutes deux dans une description commune.

Les congestions de l'encéphale ou des méninges doivent être très-communes au début de la diathèse, si l'on en juge par la fréquence de la céphalalgie à une époque à laquelle la syphilis n'a pas le pouvoir de produire des tumeurs ou des lésions qui nous rendraient compte de cette céphalalgie; mais la mort ne survenant jamais à cette période de la maladie, l'anatomie pathologique reste muette.

Plusieurs médecins se sont crus autorisés à soupçonner parfois une méningite syphilitique; mais nous ne savons sur quoi est basé ce diagnostic, auquel l'autopsie n'est jamais venue donner sa sanction. C'est ainsi que M. Read rapporte, dans un article spécial, plusieurs observations qu'il qualifie de *méningites syphilitiques*. Les malades qu'il cite, évidemment sous le coup de la dia-

thèse, étaient affectés de divers accidents cérébraux qu'un traitement spécifique a fait disparaître. C'étaient des épileptiques, des paralytiques ou des paraplégiques. Dans aucun cas l'anatomie pathologique n'ayant été interrogée par ce médecin, on peut lui contester le droit de donner à ces affections le titre de *méningites syphilitiques* (1).

M. Rayer, qui a souvent observé et guéri des accidents cérébraux occasionnés par la syphilis, a constaté l'inflammation des méninges chez un malade dont l'observation a été publiée (2). En voici un court extrait : Un homme âgé de 40 ans entre dans le service de ce médecin ; il a le nez déformé, des ulcères au palais, des exostoses aux jambes, des douleurs ostéocopes et des céphalées. Il éprouve en outre des vertiges ; il est atteint d'une surdité presque complète à droite, ainsi que d'une hémiplégie du même côté. On ne peut avoir que des renseignements incomplets sur ses antécédents. Un traitement mercuriel est institué. Quelques jours après, le malade éprouve des convulsions épileptiformes, du coma, et il meurt. A l'autopsie, on trouve *les membranes de l'hémisphère droit chroniquement enflammées*, *épaissies*, *lardacées*, *adhérentes entre elles et avec le cerveau,* soit à la voûte, soit à la base du crâne, mais d'une manière bien plus prononcée dans cette dernière région. Ce ne sont pas là les seules lésions cadavériques. On trouve, en outre, dans la fosse du rocher droit, une tumeur lardacée de la grosseur d'un œuf de pigeon, adhérente à l'os et *formée par de la lymphe plastique comme les gommes syphilitiques*. Par-

(1) *The Dublin quarterly journal of medical sciences.* February, 1852.

(2) *Annales de thérapeutique*, t. V, année 1847, p. 338.

tout où les membranes adhèrent, la substance cérébrale est ramollie, surtout vers la base. La substance de l'hémisphère droit est saine; la portion osseuse du rocher, à laquelle adhère la tumeur, est trouvée dénudée après la dissection de celle-ci. Le cœur adhère partout faiblement au péricarde. A propos de cette observation, M. Rayer dit avoir guéri trois cas de syphilis méningienne larvée, s'offrant avec les phénomènes du ramollissement encéphalique, de semi-paralysie et d'idiotisme, avec ou sans délire, avec ou sans aberration dans les idées. Qu'on nous permette de faire remarquer que chez le premier malade, la méningite n'était que consécutive à la présence d'une tumeur qui constituait la lésion principale. Or, pour que l'on admette la méningite syphilitique comme entité morbide, il faut nécessairement que des faits nouveaux viennent mettre hors de doute son existence.

Le malade qui fait le sujet d'une de nos observations, et qui a succombé à des accidents cérébraux très-violents, ne présenta qu'une bien faible congestion des méninges. Ce léger degré de distension des vaisseaux par un peu de fluide sanguin ne peut être considéré comme la source des symptômes qui furent rapidement suivis de mort. Cette congestion si peu prononcée n'était-elle pas plutôt causée par les céphalées intenses que le malade éprouvait, ou bien simplement par l'agonie, ainsi qu'on l'observe très-fréquemment chez des hommes qui n'ont jamais présenté aucun trouble cérébral pendant la vie?

M. Reeve cite un cas de méningite syphilitique suivie de guérison (1); mais après la lecture de l'observa-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1847.

tion, on est peu porté à admettre le diagnostic de l'auteur.

Lallemand, dans son ouvrage (1) où nous puiserons des faits analogues à quelques-uns dont nous-même avons été témoin, dit, à propos de l'encéphalite syphilitique, qu'elle est quelquefois accompagnée de méningite ; ce qui la rend *difficile à apprécier ;* ce phénomène s'observe surtout lorsque la maladie *s'attaque primitivement aux os.*

Chez quelques-uns de nos malades, il paraîtrait qu'une congestion méningienne, déterminée par l'affection osseuse voisine, aurait donné naissance à des accidents cérébraux fugaces. Quoique la démonstration anatomique ne nous l'ait pas encore prouvé, nous pensons que la congestion de l'encéphale est fréquente chez les syphilitiques affectés de céphalées violentes. Elle peut nous expliquer certains accidents cérébraux que ces malades présentent lorsque leurs céphalées ont atteint leur maximum d'intensité. On verra dans quelques-unes de nos observations que des malades ont présenté, pendant leurs céphalées intenses, une exaltation poussée jusqu'au délire.

2° *Lésions de la choroïde.* — En *anatomie transcendante*, les membranes de l'œil sont considérées comme un prolongement des méninges de l'encéphale ; la rétine, qui n'est que l'épanouissement du nerf optique, représente l'analogue de la substance cérébrale ; la choroïde ne serait qu'une dépendance de la membrane vasculaire du cerveau, de la pie-mère, pénétrée par des corpuscules de pigmentum. La couche profonde de

(1) *Lettres sur l'encéphale.*

l'iris est tapissée par un prolongement de la membrane choroïde. Cette similitude, qui peut paraître un peu forcée de prime abord, est prouvée par l'identité de structure de ces diverses parties.

Dans les *Annales de thérapeutique*, t. II, p. 270, il est déjà question d'une choroïdite déterminée par la syphilis. L'observation qui y est relatée appartient à un malade de M. Chassaignac. Cet individu avait, outre des accidents secondaires cutanés, une inflammation profonde de l'œil avec photophobie, douleurs périorbitaires, chémosis violacé, etc. ; les vaisseaux et le cercle choroïdien étaient fort injectés. On diagnostiqua une inflammation de la tunique choroïde de l'œil. Mais telle fut la violence de la maladie que trois semaines après *l'œil s'est affaissé et enfoncé dans l'orbite ; il était mou comme un pruneau, et la vision était éteinte.*

Dans un grand nombre d'amblyopies et d'amauroses, l'ophthalmoscope permet de découvrir dans la rétine et surtout dans la choroïde une injection considérable avec développement anormal des vaisseaux qui deviennent souvent larges et variqueux. Pour bien apprécier les modifications de ces membranes sous l'influence de la syphilis, il faut préalablement bien connaître leur aspect lorsque l'œil est dans l'état physiologique.

Quand on examine un œil à l'état normal à l'aide de l'ophthalmoscope, la cornée étant un peu dirigée du côté de la racine du nez et l'observateur placé dans une position un peu plus élevée que celle du malade, on aperçoit immédiatement au fond de l'œil la papille du nerf optique, jaunâtre, resplendissante, de forme ronde, parcourue par la veine de la rétine et par son artère dont on peut quelquefois compter les pulsations. Ces vaisseaux, rayonnant du centre de la papille

vers sa circonférence, se perdent bientôt, et la rétine, diaphane de sa nature, présente une nuance rouge, claire, sans vaisseaux ni taches; nuance qu'elle tire de la choroïde, vue par transparence.

Cette constitution normale de l'œil étant connue, il est facile de constater les modifications que peuvent avoir éprouvées la rétine, la choroïde et la papille du nerf optique. Le corps hyaloïde qui remplit le globe oculaire n'oppose aucun obstacle à la pénétration des rayons lumineux lorsqu'il a conservé sa transparence et sa limpidité physiologiques.

Pour ne pas nous engager dans des détails ophthalmoscopiques qui ne trouveraient pas leur place ici, nous ne dirons que plus tard quelles modifications peuvent subir ces diverses parties dans la syphilis. Sans nous occuper encore des tumeurs gommeuses de la rétine, ni des épanchements sous-rétiniens, nous allons parler de la congestion des membranes de l'œil sous l'influence de la diathèse syphilitique.

La choroïde et l'iris sont quelquefois pris en même temps. Mais comme la photophobie empêche de constater l'inflammation de la première membrane, il faut attendre pour l'examen à l'ophthalmoscope que l'iritis ait disparu. Le plus souvent, la choroïde est atteinte sans que l'iris participe à son inflammation, et cela pendant toute la durée de la maladie.

Dans la rétinite, on voit, à l'aide de l'ophthalmoscope, une injection considérable des vaisseaux de la papille du nerf optique, qu'on peut suivre sur une grande partie de la rétine. Congestionnés et en assez grand nombre, ces vaisseaux cachent, dans certains cas, la papille presque tout entière que l'on n'aperçoit alors que dans leurs intervalles. Il arrive aussi que l'on voie

du sang épanché sous forme de foyers plus ou moins nombreux, disséminés sur une grande partie de la rétine.

Dans la choroïdite, les vaisseaux de la rétine qui émergent de la papille même du nerf optique restent dans l'état physiologique; mais la membrane vasculaire de l'œil est considérablement injectée. Ses nombreux vaisseaux se dilatent et peuvent revêtir un aspect variqueux. Parfois on y distingue de petits foyers apoplectiques, et même des dépôts plastiques disséminés. Enfin, le résultat ultime d'une choroïdite violente et de longue durée peut être la désagrégation du pigmentum qui, dans l'état normal, forme une couche uniforme, absorbant les rayons lumineux et couvrant d'une nuance foncée les vaisseaux choroïdiens. Dans certains cas, lorsque l'inflammation de la choroïde est passée à l'état chronique, on remarque une coloration violacée de sa surface; les vaisseaux dilatés laissent facilement distinguer le sang veineux qu'ils charrient; on sait, en effet, que c'est de l'élément veineux qu'est principalement constituée la vascularité de la choroïde. Le médecin, par ses explorations réitérées, parvient quelquefois à suivre, *de visu*, les diverses phases que peut présenter successivement la choroïde, sous l'influence de la syphilis. C'est ainsi que chez des malades présentant l'état congestif et inflammatoire dont nous venons de parler, il voit dans certains cas survenir plus tard un épanchement plastique sous-rétinien; épanchement interposé entre la choroïde et la rétine, et que nous décrirons plus tard avec détails.

Les malades affectés d'une congestion de la rétine ou de la choroïde présentent tous les symptômes de l'amblyopie ou de l'amaurose à leur début, ainsi que nous

le verrons en parlant longuement de ces affections.

Quoique la congestion de la choroïde puisse exister en dehors de la syphilis, elle se rencontre bien plus fréquemment chez les individus qui sont atteints de cette maladie. Dans ce dernier cas, les malades fournissent des preuves évidentes de la diathèse syphilitique, ou bien ils en ont présenté des signes certains antérieurement. C'est seulement lorsque la choroïdite est d'origine spécifique, que les antisyphilitiques font disparaître les troubles de la vision, en faisant justice de la maladie qui les a occasionnés.

Nous sommes heureux de pouvoir constater ici la conformité de nos observations ophthalmoscopiques avec celles de MM. Gosselin, Follin, Cusco et Desmarres, en France, et Græfe en Allemagne (1). Du reste, la lecture des faits remarquables, insérés avec détails dans ce livre, dissiperait entièrement les doutes que pourrait faire concevoir la proclamation de pareils résultats.

3° *De l'épanchement gommeux ou plastique dans les diverses parties du système nerveux.*—Le sang des syphilitiques qui contient, comme on le sait, de la fibrine en abondance, dépose à une certaine époque de la diathèse l'excès de cet élément dans les différentes parties de l'organisme. Cette exsudation peut être comparée, quant à sa nature, à la sécrétion de nos organes atteints de phlegmasie; mais elle a ceci de spécial, que dans la presque totalité des cas, elle a lieu sans travail inflammatoire appréciable. L'influence générale de la diathèse sur l'organisme tout entier détermine la formation de produits identiques, sur des points multiples de l'économie.

(1) *Deutsche Klinik*, 1858, n° 21.

Cependant, quoique les tumeurs gommeuses ne paraissent être précédées d'aucun phénomène préliminaire d'inflammation locale, il est difficile de concevoir l'exsudation d'un principe charrié par le sang, sans une suractivité dans la sécrétion capillaire de l'endroit où le dépôt doit s'effectuer. Ainsi nous ne pouvons nous expliquer la formation des épanchements gommeux et la rapidité avec laquelle on les voit se produire sans admettre au moins une hypérhémie ou une congestion capillaire locale.

Dans tous les cas, cette suractivité des capillaires ne se trahit le plus souvent par aucun symptôme qui attire l'attention du malade ; surtout lorsque les tumeurs gommeuses siégent dans des parties extensibles, comme la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'interstice des muscles, et même les tissus contractiles.

Des douleurs vives, avec un sentiment de chaleur plus ou moins prononcé, peuvent accuser de très-bonne heure leur formation lorsqu'elles se développent sous le périoste, sur le trajet d'un nerf, au voisinage ou dans l'épaisseur de la masse cérébrale. Néanmoins, le contraire peut s'observer parfois, l'indolence la plus complète, lors même que le dépôt plastique siége dans l'encéphale.

Parmi nos observations, on en trouvera trois qui fournissent des exemples d'épanchement plastique dans le cerveau. Chez l'un de nos malades, le dépôt plastique siégeait autour de la moelle épinière. On trouve dans les auteurs des faits semblables dont nous tirerons également parti. Enfin, nous avons déjà cité un malade décédé dans le service de M. Rayer, et dans le cerveau duquel l'autopsie a fait découvrir une tumeur gommeuse.

a. De l'épanchement gommeux encéphalique. — Des faits que nous citerons dans le courant de ce mémoire, nous apprennent que la matière plastique peut s'accumuler dans l'encéphale de deux manières différentes. C'est d'abord, et le plus ordinairement, sous la forme d'une tumeur arrondie, variable quant au volume, d'une consistance épaisse et d'une coloration jaune verdâtre; ce qui peut la faire comparer à du pus concret (voir aux observations avec autopsie). Cette matière est semblable à celle que nous voyons constituer les gommes sous-cutanées, quand elles s'ulcèrent et se vident. Elle est souvent entourée par de la substance cérébrale injectée, ramollie ou en suppuration. Dans ce cas, il y a une véritable encéphalite qui semble être consécutive à l'irritation produite par la tumeur, ou à la compression que celle-ci exerce sur la masse cérébrale. Quoi qu'il en soit, le microscope démontre péremptoirement que ces tumeurs, malgré leur ressemblance avec du pus concret, sont constituées par du tissu fibro-plastique dont nous donnerons plus loin la description détaillée.

Ce n'est pas seulement au milieu de la substance cérébrale que l'on rencontre de ces dépôts fibrineux. Chez l'un de nos malades il y en avait dans le sinus longitudinal supérieur, et même à la face interne de la dure-mère; au niveau de la lésion osseuse se trouvaient deux masses de la largeur d'une pièce d'un sou, formées par une substance jaunâtre déposée à la face interne de cette membrane. L'examen au microscope y a fait découvrir d'une manière constante les mêmes éléments fibro-plastiques. Dans l'observation n° 84, on voit l'existence de deux tumeurs, dont l'une de la grosseur d'un œuf de pigeon et d'un gris cendré était entourée par de la substance cérébrale hypérhémiée et

[redacted]

ramollie au voisinage. Cette tumeur avait compromis l'origine apparente du pathétique, de l'auditif, du moteur oculaire externe et du trijumeau gauche. La seconde, moins volumineuse et plus arrondie, entourée de toutes parts par de la matière cérébrale saine, était située dans l'épaisseur de la couche optique gauche.

Enfin dans l'observation de M. le docteur Hérard, médecin des hôpitaux, une tumeur enveloppée par une coque fibrineuse et constituée par de la matière plastique, que M. Charles Robin considère, ainsi que nous, comme spéciale à la syphilis, siégeait à la base du crâne, vers la région sphénoïdale. Les nerfs qui traversent la partie externe du sinus caverneux étaient comprimés par cette tumeur, tandis que celui de la cinquième paire lui était simplement accolé.

Voici un extrait d'une observation fort remarquable avec autopsie, communiquée en 1848 par M. Courtin à la Société anatomique (1).

Une femme, âgée de 38 ans, eut des céphalalgies avec exacerbations nocturnes. Les douleurs étaient localisées à la partie droite du front. Elles disparurent, après six mois de durée, sous l'influence d'un traitement dont elle ignore la nature. Un an s'écoula sans qu'elle eût à souffrir d'aucun symptôme morbide ; mais en juillet 1847 l'hémicrânie reparut dans le même endroit et la vue s'affaiblit du même côté. Voyant son état s'aggraver, la malade est entrée en novembre dans le service de M. Beau ; elle était maigre et d'une teinte terreuse. La syphilis est soupçonnée, bien que cette femme affirme n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. On ordonne un traitement mercuriel qui amène une amélioration rapide. Mais au mois de janvier la douleur reparaît, et la vue se trouble : la flamme d'une bougie paraît pâle et brisée aux yeux de la malade. La pupille gauche est

(1) *Annales de thérapeutique*, t. VI, p. 14.

immobile. Le 8 janvier, il survient un paroxysme des douleurs et les mouvements des membres sont incertains ; les mains sont automatiquement portées au front et au vertex où siégent de vives souffrances. Il y a de l'hébétude. Les réponses sont lentes et sans à-propos. Ces phénomènes se dissipent après trente-six heures de durée, mais ils reviennent le 13 accompagnés d'un tremblement général de tous les membres; la sensibilité est conservée. Plus tard la malade tombe dans le coma, puis elle meurt. A l'autopsie on trouve une congestion légère des méninges; la face supérieure du lobe antérieur gauche du cerveau est rosée et ramollie. Aussi ce lobe se déchire-t-il par la moindre traction. Par sa partie antérieure il adhère à l'apophyse-crista-galli. La dure-mère qui recouvre cette portion de l'encéphale est adhérente et d'un jaune grisâtre. A l'examen par le doigt on sent sous cette membrane des nodosités dures de grosseur variable. Autour de cette lésion de la dure-mère et dans une grande étendue, les méninges sont enflammées et adhérentes aux parties voisines. Il en est de même de celles qui entourent le nerf optique qui se trouve réduit à l'état pulpeux. Le chiasma est ramolli; le nerf optique du côté droit est normal. La pie-mère adhère aux circonvolutions dont elle emporte une partie, lorsqu'on vient à l'en détacher. Au niveau des nodosités mentionnées, les circonvolutions du cerveau sont uniformément ramollies; il en est de même de la substance blanche correspondante. Ces nodosités sont formées par de petites masses dures au toucher, d'un blanc mat à l'extérieur, comme fibreuses, jaunes et presque liquides au centre, semblables à *des collections purulentes à divers degrés;* leur volume varie entre celui d'un grain de chènevis et celui d'un noyau de cerise. — Pas de tubercules dans les poumons. M. Ricord a vu ces petites tumeurs qu'il considéra comme des tubercules gommeux ou syphilitiques.

Les anciens auteurs citent un grand nombre de tumeurs encéphaliques qu'ils attribuent à la syphilis; mais à ce sujet on peut leur reprocher la trop grande facilité avec laquelle ils admettent leur origine spécifique. En effet, ils accusent la vérole, lors même que

les malades n'ont jamais présenté aucun symptôme de la diathèse avérée ; il leur suffit de découvrir dans le passé des individus quelque bubon, une ulcération ou une uréthrite, pour déclarer syphilitiques des accidents cérébraux divers.

Le microscope, en nous montrant dans les produits syphilitiques une texture spéciale, nous met à l'abri des erreurs que commettaient les anciens, lorsqu'ils confondaient le squirre et le cancer avec les tumeurs d'origine syphilitique.

Lallemand (1) a publié une observation de Sanson. Le malade, qui a succombé à des accidents cérébraux et qui portait des marques certaines de la syphilis, présenta à l'autopsie *une tumeur du volume d'une noix, jaunâtre, entourée par de la substance encéphalique ramollie semblable à de la gomme adragante*, *mais*, ajoute-t-il, *d'apparence squirreuse avec tendance à se transformer en encéphaloïde*. Cependant les caractères de cette tumeur nous font penser avec Lallemand qu'il s'agissait d'une tumeur gommeuse. Lallemand, tout en rejetant l'idée du squirre, justifie Sanson en disant que cet auteur n'a sans doute voulu que se servir d'un terme de comparaison pour exprimer la densité de la tumeur, et non pas pour en déterminer la nature.

Baillou cite, en quelques mots, l'observation d'un homme qui avait été affecté de céphalalgie, d'anémie, de convulsions, de rétraction des pieds, et dont l'autopsie fit constater une carie des os du crâne et une tumeur *mélicérique du cerveau produite par la syphilis*. Cette observation est si incomplète, qu'elle doitêtre considérée comme nulle.

(1) *Lettres sur l'encéphale.*

Prost (1) nous fournit une observation remarquable de tumeurs gommeuses encéphaliques. Le malade cité eut des accidents cérébraux; il était manifestement vérolé. A l'autopsie on constata la suppuration et la destruction des os du nez et de la cloison des fosses nasales. Vis-à-vis de l'union des nerfs optiques, vers la naissance des olfactifs, il existait des duretés oblongues dont l'une avait le volume d'un gros pois; une substance semblable et de même consistance que les premières fut trouvée plus avant dans le cerveau.

Enfin, MM. Ricord et Cullerier ont présenté à l'Académie impériale de médecine des exemples de gommes encéphaliques.

Les tumeurs gommeuses encéphaliques peuvent-elles disparaître sans laisser aucune trace de leur existence? Le diagnostic de ces tumeurs étant très-difficile et toujours rationnel, il est presque impossible de répondre à cette question d'une manière satisfaisante. cependant nous avons vu que chez l'individu dont l'autopsie a démontré l'existence de deux tumeurs gommeuses encéphaliques, l'une d'elles était entourée par de la substance cérébrale saine, tandis que celle-ci fut trouvée ramollie et suppurée autour de la seconde tumeur. Il est donc permis de se demander, si les observations connues autorisent à admettre qu'une tumeur gommeuse, n'ayant pas déterminé d'encéphalite suppurée, peut disparaître sans laisser aucune trace de son existence dans le cerveau. Le fait nous paraît devoir être admis, et M. Ricord semble partager cette opinion à propos d'une observation très-remarquable insérée dans sa *Clinique iconographique*.

(1) *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*, t. II, p. 59.

Il s'agit d'un malade syphilitique dont les accidents cérébraux avaient disparu sous l'influence du traitement spécifique, et qui succomba peu après au choléra. A l'autopsie, les recherches les plus attentives, pour découvrir les traces d'une lésion encéphalique quelconque, sont demeurées sans résultat. Chez ce malade le diagnostic porté, comme dans tous les cas de cette nature, avec la plus grande réserve, avait été posé par analogie. Des tumeurs gommeuses situées sur des parties accessibles à la vue avaient disparu, en même temps que les phénomènes cérébraux, sous l'influence d'un traitement spécifique; on doit donc en inférer qu'une tumeur du même genre existait quelque part dans le cerveau.

Le dépôt plastique peut, au lieu de se réunir sous forme de tumeur, constituer parfois un véritable épanchement, ou bien pénétrer la substance cérébrale, moléculairement, pour ainsi dire. Quelques-unes de nos observations nous fournissent des exemples de cette manière d'être de la matière plastique qui a été trouvée consistante et jaunâtre, et qui fut reconnue à l'aide du microscope comme véritablement syphilitique.

Dans l'épaisseur des circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius et vers le milieu de la longueur de cette scissure, il fut trouvé une matière ressemblant à du pus concret, ne dépassant pas les limites de la substance grise et s'étendant sur plusieurs circonvolutions voisines; sa consistance était supérieure à celle de l'encéphale.

Une lésion analogue à la précédente paraît avoir été rencontrée chez le malade qui fait le sujet de l'observation de Mediavia, insérée dans la neuvième lettre de Morgagni : La substance corticale était dure; elle avait

la consistance du foie, à la partie correspondante à une destruction osseuse.

Dans la remarquable observation de Bayle et de Kergaradec (1), il est dit : Jusqu'à la partie moyenne de l'hémisphère gauche, la substance cérébrale ramollie entourait une cavité remplie d'une substance filante, glaireuse, semblable à du blanc d'œuf qui a perdu une partie de sa transparence. Était-ce une tumeur gommeuse en état de résolution et de liquéfaction, ou bien un épanchement récent qui ne s'était pas encore solidifié? Le ramollissement de la substance cérébrale ferait plutôt pencher vers la première opinion (?).

Enfin, chez l'un de nos paraplégiques, l'autopsie fit découvrir dans le canal vertébral un vaste épanchement s'étendant de la moitié inférieure de la région dorsale jusqu'à la moitié de la hauteur de la région lombaire. Cette substance consistante et d'apparence gélatineuse comprimait manifestement la moelle épinière.

On trouve encore (2) un exemple de cet épanchement de matière gommeuse qui a été comparée par les observateurs à du pus solidifié. Au-dessous de l'arachnoïde, on voyait deux larges plaques jaunes, semblables à du pus concret, correspondant à des dépressions de la surface de l'hémisphère; une altération semblable commençait à se produire du côté de la dure-mère et de l'arachnoïde.

b. Épanchement plastique dans l'œil. — L'épanchement syphilitique troublant les fonctions de la rétine et donnant naissance à des phénomènes amau-

(1) *Nouvelle Bibliothèque médicale.* 1823.
(2) *Clinical Lecture Med. Gazett.* janvier 1851.

rotiques nous offre un sujet d'étude bien intéressant. Il peut se présenter sous la forme de petites tumeurs de la grosseur d'un grain de mil, arrondies, jaunâtres, à contours très-détachés. Ces tumeurs sont situées sur la rétine vivement injectée à leur voisinage ; elles sont en tout semblables à ces petites tumeurs gommeuses que l'on observe souvent dans l'épaisseur de la peau ou du tissu cellulaire qui la double. L'observation d'une de nos malades amaurotiques nous offre un exemple remarquable de ces petits dépôts sus-rétiniens.

M. le Dr Cusco nous a dit avoir été témoin d'un fait identique chez une femme qui avait eu des antécédents de syphilis constitutionnelle. Græfe (1) décrit dans la choroïdite syphilitique, des taches blanchâtres, entourées d'une auréole brun rougeâtre et siégeant surtout dans le segment postérieur de l'œil. Ce sont des exsudations peu étendues, situées entre la choroïde et la rétine, par conséquent sous-rétiniennes et qui produisent, comme nous le verrons plus loin, les symptômes de l'amaurose commençante.

Mais ce qu'on observe le plus souvent chez les amaurotiques par la diathèse syphilitique, c'est un épanchement irrégulier, unique et situé au voisinage de la papille du nerf optique (voir les observations). Chez le malade de M. Follin, les symptômes amaurotiques et l'épanchement sous-rétinien se sont dissipés définitivement par l'effet des spécifiques, en même temps que les autres manifestations de la syphilis. L'ophthalmoscope nous a fait voir avec netteté, chez ce malade, une exsudation blanchâtre mal limitée, située autour de la papille du nerf optique. Cette exsudation était bien sous-

(1) *Deutsche Klinik*, 1858.

rétinienne, car elle ne masquait ni les vaisseaux de la rétine ni la papille qu'on distinguait facilement avec son apparence resplendissante. Dans les cas de ce genre, la rétine décollée est poussée en avant par l'épanchement situé entre elle et la choroïde.

L'observation démontre que lorsque ces épanchements sont de date ancienne, ils s'organisent et résistent à toute médication ; dans ces cas, la vue s'améliore, mais beaucoup moins que ne le ferait supposer la disparition complète des autres manifestations syphilitiques. En tout cas, la maladie reste stationnaire ; l'amaurose est arrêtée dans sa marche, et le malade peut encore se livrer à des occupations qui n'exigent pas une grande précision visuelle (voir les observations des amaurotiques). L'insuccès relatif de la médication dans ces circonstances trouve son explication dans la comparaison de l'épanchement sous-rétinien avec les dépôts fibrineux de l'iritis; en effet, lorsque les exsudations ont eu le temps de s'organiser, elles restent permanentes et indissolubles, soit à la circonférence de la pupille qui prend une forme étoilée, soit à la face antérieure du cristallin; elles constituent alors une variété de cataracte pigmentaire.

Un de nos malades offre un exemple de ces dépôts fibrineux organisés sur la petite circonférence de l'iris. Les dépôts plastiques du diaphragme de l'œil coïncidaient chez cet homme avec un épanchement sous-rétinien; le malade incomplétement amaurotique fut à peine amélioré par le traitement. De même que les dépôts de l'iris resteront permanents, de même l'exsudation sous-rétinienne ne pourra jamais être résorbée. Mais telle est la finesse de structure et la délicatesse des fonctions de la rétine que, malgré la résorption des

[redacted]

épanchements, résorption constatée par l'ophthalmoscope, la vue peut ne pas revenir dans toute son intégrité. La compression et la distension de la rétine, par la présence de l'épanchement plastique, ont peut-être émoussé définitivement la sensibilité spéciale de cette membrane. Le fait existe; quant à son explication, elle ne peut être que plus ou moins hypothétique.

4° *Névrome syphilitique.* — Lorsque l'épanchement syphilitique a lieu sur le trajet d'un cordon nerveux, la compression qu'il y exerce entrave les fonctions du nerf, et détermine parfois des douleurs très-vives sur toute l'étendue du nerf ou dans les parties qu'il anime.

Existait-il un véritable névrome syphilitique chez les malades dont nous rapportons les observations, et qui présentaient des tumeurs gommeuses avec tous les signes de compression de quelques-uns des nerfs du membre thoracique? Il nous est impossible de répondre à cette question d'une manière catégorique. Nous n'avons pu observer les malades qu'à une époque où les tumeurs gommeuses adhéraient, par leur partie correspondante, à un point de la charpente du squelette; il était donc impossible de savoir si la tumeur s'était développée primitivement dans le nerf, ou si elle avait d'abord commencé dans les parties voisines. Ces tumeurs, dures, mobiles sous la peau qui conservait ses caractères physiologiques, n'ont éveillé l'attention des malades que lorsqu'elles avaient acquis un certain volume. Chez l'un d'eux, la tumeur gommeuse, de la grosseur d'un œuf de poule, donnait la sensation d'une véritable fluctuation. L'iodure de potassium a pu néanmoins en prévenir la perforation et en diminuer rapidement le volume. Nous n'avons pu étudier la struc-

ture de ces tumeurs ; mais leurs caractères physiques, leur mobilité au-dessous de la peau, leur fluctuation tardive permettent de les comparer aux tumeurs syphilitiques sous-cutanées qui sont composées, comme on sait, d'un tissu blanc jaunâtre plus ou moins variable. Nous avons observé plusieurs cas de tumeurs semblables, et l'observation n° xvij nous en fournit un exemple type. Chez le malade cité, la gomme siégeant dans l'aine déterminait une névralgie fémorale. Une portion de cette tumeur examinée par M. H. Lebert, en 1852, lui a montré des éléments fibro-plastiques.

Chez le sacristain (malade de M. Nélaton), la tumeur, siégeant à la région de l'aisselle et au-dessous du tronc artériel, embarrassa de prime abord l'habile chirurgien qui ne posa son diagnostic qu'après mûre réflexion. La situation d'une tumeur gommeuse à cette région est tellement rare, et les symptômes qu'elle avait déterminés, dans le cas présent, ressemblaient tellement à ceux d'un anévrisme, que l'erreur aurait pu être commise facilement (1).

Enfin, les épanchements plastiques peuvent, ainsi que les dissections de M. Bouisson nous l'ont si bien appris, déterminer des accidents nerveux, en comprimant ou englobant les nerfs voisins.

5° *Du ramollissement cérébral chez les syphilitiques.* — L'inflammation de l'encéphale se conçoit et s'observe consécutivement aux lésions des os du crâne ou bien aux tumeurs gommeuses du cerveau ; mais, en dehors de toute affection circonvoisine, la syphilis peut-elle produire d'emblée une inflammation de la

(1) Voir l'observation n° 45.

substance cérébrale elle-même? C'est là une question qu'il ne nous est pas encore donné de trancher définitivement, quoique deux de nos observations tendent à le faire admettre.

Lorsqu'on étudie les vieux auteurs, on trouve que plusieurs d'entre eux accusent la vérole d'avoir directement produit une encéphalite mortelle. Mais quelle est l'affection que les anciens n'ont pas considérée comme pouvant être occasionnée par la syphilis?

Voyons avant tout ce que l'observation des malades nous apprend à cet égard. Selon Van Swieten (1), c'est par voie de continuité que la maladie se propage au cerveau; les os, atteints les premiers, communiquent leur maladie à l'encéphale. Il cite, à ce propos, une observation de Botalus (Aphor. 884). Les os étaient détruits à l'union de la suture sagittale et de la suture frontale, *un liquide abondant et fétide s'écoula à l'ouverture du crâne; les méninges étaient putréfiées, et au voisinage le cerveau était également altéré.*

Dans l'observation de Bayle et de Kergaradec, on voit un cas analogue, ainsi que dans la lettre septième de Lallemand.

Les exostoses, en comprimant et irritant les méninges, produisent aussi soit une méningite, soit une méningo-encéphalite.

Ainsi que le prouvent nos observations, une tumeur gommeuse peut finir par enflammer et ramollir la substance cérébrale environnante. Mais, selon Lallemand, outre l'encéphalite consécutive aux maladies des os déterminées par la syphilis, le virus vénérien peut agir directement sur le cerveau et l'enflammer par sa propre action. *Beaucoup d'inflammations chroniques de nature*

(1) *Comm. in Boerrhaavii Aphorismos.* Aphor., § 1442.

vénérienne déterminent, dit-il, *le gonflement irrégulier de plusieurs organes.*

Mais à quels signes reconnaître l'origine syphilitique du ramollissement? Observateur sévère et ne concluant presque constamment que de l'examen des faits qu'il a lui-même étudiés, Lallemand avoue que quant *aux altérations anatomiques, elles n'ont rien présenté qui pût les faire distinguer des ramollissements ou des suppurations ordinaires.* — Cependant lorsqu'on songe au grand nombre relatif de jeunes gens syphilitiques qui présentent les symptômes d'une apoplexie ou d'un ramollissement cérébral, il semble rationnel de soupçonner, d'admettre même l'origine diathésique de ces accidents cérébraux. On verra de tels exemples dans les observations insérées à la fin de notre chapitre sur l'hémiplégie; mais les malades cités ayant survécu, on ne peut se prononcer avec certitude sur la nature de leurs lésions cérébrales. Tout ce qu'on peut poser en fait, c'est que la syphilis détermine fréquemment des accidents apoplectiformes chez les jeunes sujets.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer que Lallemand nous paraît un peu trop préoccupé de l'idée du ramollissement. Il déclare l'avoir vu souvent exister dans des cas non suivis de mort.

Les autopsies de quelques syphilitiques ont fait constater les altérations encéphaliques que l'on rencontre habituellement chez les aliénés paralytiques (1). En effet, les méninges étaient injectées, l'encéphale généralement ramolli, et la substance grise, adhérente aux méninges, s'enlevait avec ces dernières. Dans les deux observations de M. Rayer et de M. Courtin, la substance

(1) Voir l'article sur *la paralysie générale des syphilitiques.*

grise était également ramollie. Mais, comme nous l'avons déjà fait remarquer, la méningo-encéphalite paraît avoir été consécutive aux épanchements gommeux de l'encéphale.

Dans un cas d'encéphalite suppurée, chez un malade syphilitique soumis au mercure, M. Grassi a pu retrouver le métal dans la masse cérébrale. M. Ricord se demande à cette occasion si le mercure déposé sous forme globulaire dans la matière cérébrale ne pourrait pas servir d'épine en quelque sorte pour produire un abcès. Cette idée serait conforme aux résultats des expériences entreprises par M. Cruveilhier (injection de mercure dans les tissus).

Quoi qu'il en soit, le fait de M. Grassi est resté seul dans la science. M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, pendant notre internat dans cet hôpital, nous a dit avoir vainement cherché le mercure dans l'encéphale des syphilitiques qui ont succombé à n'importe quel accident, pendant qu'ils étaient soumis à un traitement hydrargyrique, institué depuis quelques mois.

Les auteurs anciens avaient cru rencontrer le mercure dans le cerveau. Mais on ne peut accepter les faits qu'ils énoncent, sans crainte de tomber dans une grande erreur. C'est ainsi qu'on lit dans Van Swieten (1), que le mercure *sous forme métallique et en quantité considérable était contenu dans les ventricules cérébraux!*

§ II. — LÉSIONS DES TISSUS OSTÉO-FIBREUX. — Nous n'avons l'intention que de signaler en passant les altérations les plus fréquentes du squelette et seulement en tant que lésions pouvant occasionner, par leur voisinage, des accidents nerveux.

(1) *Commentarii in aphorismos, etc., loc. cit.*

Les auteurs décrivent *sous le nom de tumeurs blanches syphilitiques*, certaines lésions de la colonne vertébrale, produites par la vérole constitutionnelle. L'altération et la tuméfaction des os et des ligaments, ainsi que du tissu cellulaire environnant, en constitueraient les principaux caractères.

Parmi plusieurs faits très-curieux, nous extrayons le suivant : « M. J. Cloquet a disséqué la colonne vertébrale d'un homme mort d'une paraplégie qui avait résisté à toutes les médications ; il y avait une exostose des lames de la dixième vertèbre dorsale, de la grosseur d'une balle, comprimant la moelle qui était réduite à ses membranes (1). »

Plusieurs médecins parlent d'exostoses comprimant la moelle et déterminant la paraplégie ; mais l'examen nécroscopique n'a jamais confirmé leur diagnostic.

Nous avons vu pour notre compte une carie syphilitique du corps de la quatrième vertèbre cervicale, produire des symptômes de dysphagie et d'asphyxie imminente. Ces accidents n'ont pu être dissipés qu'après l'extraction du séquestre nécrosé qui faisait saillir la paroi postérieure du pharynx. Dans ce cas, à part les douleurs intenses qui existaient au niveau de la lésion et qui s'irradiaient quelquefois jusqu'aux avant-bras et aux mains, il n'y avait pas d'autres phénomènes nerveux. MM. Denonvilliers et Gosselin citent un cas analogue.

Chez le malade qui éprouvait une douleur violente à la nuque et qui était en proie à des mouvements convulsifs, pendant les mouvements de rotation de la tête (2), il existait probablement une lésion analogue

(1) *Compendium de chirurgie*, art. Exostose, t. II, p. 308.

(2) Voir l'observation n° 48 insérée dans l'article sur *les convulsions*.

au voisinage des deux premières vertèbres cervicales; lésion qui exerçait, pendant les mouvements de rotation de la tête, une compression sur la moelle épinière; de là des mouvements convulsifs à la suite du plus léger déplacement de la tête.

La syphilis affectant fréquemment les tissus ostéo-fibreux, il est rationnel de soupçonner une lésion de cette nature, siégeant au niveau des conduits traversés par les nerfs, lorsque ceux-ci nous offrent des troubles dans l'exercice de leurs fonctions. Ne serait-ce pas là l'explication de ces névralgies syphilitiques si communes, rebelles à tous les traitements, et qui cèdent avec tant de facilité aux résolutifs spéciaux (mercure et iodure de potassium) (1)?

Les exostoses de la selle turcique déterminent la compression des nerfs optiques, et consécutivement une double amaurose. Cependant, chez un sujet dont nous possédons la pièce anatomo-pathologique, la vue était physiologique, malgré la présence d'une tumeur plus forte qu'une pomme d'api ; tumeur située sur le corps même du sphénoïde.

L'épaississement du périoste de la fente sphénoïdale détermine la paralysie des nerfs moteurs de l'œil.

Les affections du rocher occasionnent, selon leur siége, la paralysie faciale ou la surdité; et lorsque la lésion s'étend dans les conduits traversés par les nerfs acoustique et facial, les deux maladies peuvent se rencontrer simultanément.

Une tumeur du fond de l'orbite, comprimant les nerfs de l'œil, peut déterminer des désordres en rapport avec cette compression, en même temps que l'exophthalmie. Dans tous les ouvrages de chirurgie, il est question

(1) Voir les observations qui suivent l'article sur les névralgies.

d'exophthalmie causée par une tumeur syphilitique de l'orbite, principalement par des exostoses.

On cite l'observation d'une femme affectée d'exorbitisme avec abolition de la vue. L'iodure de potassium produisit une guérison complète ; la vue est complétement revenue (1).

Une observation très-curieuse a été publiée par M. Queretin (2) : Une femme était atteinte d'un tel exorbitisme que l'œil tombait sur la joue (*sic*) ; elle était en proie à des douleurs et à des céphalées intenses. Un traitement spécifique a fait résorber la tumeur qui expulsait l'œil de l'orbite, et dissiper les céphalées.

Enfin, tous les auteurs s'accordent à dire que les exostoses déterminent des paralysies, des désordres de l'intelligence, des convulsions, etc. Mais rarement voit-on ces assertions basées sur des observations complètes et décisives.

Un fils du général Masséna est mort au milieu d'une attaque d'épilepsie occasionnée par une exostose développée à la face interne du crâne, et de la forme de l'apophyse styloïde (3).

Lecat, *Thèses de Paris* (1814), a vu un militaire succomber avec tous les symptômes de la compression encéphalique. Une exostose du volume d'un œuf de poule siégeait dans une des fosses occipitales inférieures.

Nous demandons la permission de ne pas accepter l'opinion de MM. Denonvilliers et Gosselin, à propos des exostoses. Selon ces auteurs, on ne peut être certain *qu'une exostose est vénérienne qu'autant qu'elle aura été longtemps précédée d'accidents primitifs*, et *qu'elle*

(1) *Annales de thérapeutique*, t. IV, p. 192.

(2) *Clinique médicale de Montpellier*, 15 mai 1853.

(3) *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 716.

[redacted]

coïncidera avec d'autres signes d'infection générale. «Bien des auteurs, ajoutent-ils plus loin, ont attribué, dans ces derniers temps, les exostoses à *l'action du mercure.*»

Il n'est pas très-rare de se trouver en face de manifestations évidemment syphilitiques sans pouvoir remonter à la source de l'infection. Il arrive que les malades peu attentifs ont la profonde conviction de n'avoir jamais eu d'accidents primitifs. De plus, on rencontre des exostoses qui ne sont accompagnées d'aucun autre symptôme syphilitique. Enfin, nous ne pensons pas que de nos jours les médecins soient autorisés à soupçonner le mercure de produire des exostoses. Ne voit-on pas fréquemment des malades en présenter sur diverses parties de l'économie, lors même qu'ils n'ont suivi aucun traitement hydrargyrique?

Parmi les lésions fonctionnelles que peuvent occasionner les tumeurs, nous devons mentionner la paralysie faciale que fera naître la compression, exercée par un ganglion développé outre mesure, sur le trajet du tronc facial, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

On a le droit de soupçonner ainsi la compression par une tumeur syphilitique dans une foule de troubles fonctionnels limités à un seul nerf; mais l'examen nécroscopique nous ayant manqué dans les cas de ce genre, nous nous bornons à les mentionner. Du reste, à la suite de chacune de nos observations de ce genre, nous avons le soin d'insister sur toutes les remarques dont elles sont passibles.

Une compression longtemps exercée sur le trajet d'un cordon nerveux finit par en amener l'atrophie. Une de nos observations nous présente un exemple de cette lésion : les nerfs moteurs de l'œil étaient forte-

ment comprimés par une tumeur gommeuse, dans l'épaisseur de laquelle ils étaient contenus.

§ III. — De quelques autres lésions du système nerveux produites par la syphilis. — Le nerf optique nous offre parfois l'atrophie de sa papille, reconnaissable à l'ophthalmoscope, sans que nous puissions savoir la manière dont elle fut produite. M. Desmarres, M. Græfe et M. Follin ont déjà observé l'atrophie de la pupille chez les syphilitiques. La tache brillante nacrée perd alors de son éclat ; ses contours sont mal limités ; l'étendue de la papille diminue ; et ses vaisseaux, si facilement visibles à l'état physiologique, perdent de leur volume et finissent même par disparaître. Les malades, arrivés à ce point de la maladie, sont complétement amaurotiques.

Lallemand dit avoir vu deux végétations, semblables à des choux-fleurs vénériens, situées sur la moelle allongée d'un sujet dont les antécédents faisaient soupçonner la syphilis. Nous lui laissons complétement la responsabilité de ce fait.

Section II. — Affections du système nerveux sans lésions.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous possédons trois observations d'accidents nerveux syphilitiques, suivis de mort, avec absence de toute espèce de lésion qui puisse rendre compte des phénomènes graves observés pendant la vie. Nous renvoyons pour les détails de ces faits aux réflexions qui les suivent (*Voir plus loin*).

Examen microscopique des produits syphilitiques. — Toutes les fois que le microscope a été interrogé sur la structure des tumeurs syphilitiques, il a toujours révélé les mêmes éléments constitutifs. Tous les micrographes sont d'accord sur ce point. MM. Charles Robin

[redacted]

et Lebert (1), dont les noms font autorité en pareille matière, sont arrivés par expérience à reconnaître à toutes les productions plastiques de la syphilis les mêmes éléments généraux.

La description qui suit est empruntée à une note de M. Robin.

Selon cet auteur, les tumeurs gommeuses sont composées :

1° D'une matière amorphe, transparente, grisâtre, granuleuse.

2° Cette matière est parcourue par places par des fibres d'un tissu lamineux plongé dans son épaisseur et souvent difficile à apercevoir ; ces fibres sont accompagnées de corps fusiformes, fibro-plastiques, peu nombreux du reste.

3° Dans les parties blanchâtres, la matière amorphe est parsemée d'un certain nombre de granulations graisseuses et de quelques gouttelettes d'huile.

4° Les éléments les plus abondants du tissu sont les cytoblastions qui en représentent les quatre cinquièmes. Ils sont uniformément distribués dans la substance amorphe et entre les fibres du tissu lamineux ; ils sont écartés les uns des autres par une substance qui égale à peine leur propre largeur. Par leur grand nombre et par leur distribution, ils donnent à la matière un aspect d'uniformité de composition très-remarquable.

La variété, noyau libre de cette espèce d'élément, est toujours la plus abondante. On y trouve quelques cytoblastions de la variété cellules. Le corps de la cellule est pâle, transparent, finement grenu, large de huit à onze millièmes de millimètre. Presque toutes les

(1) Voyez H. Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1861, t. II, pl. CXLVI, CXLVII, CXLIX.

[redacted]

cellules sont sphériques, quelques-unes ovoïdes, un plus petit nombre anguleuses; les noyaux ont un contour net, généralement foncé. Aucun d'eux n'offre de nucléole. Dans quelques-uns, les granulations sont rapprochées, presque cohérentes, difficiles à distinguer les unes des autres.

5° Quelques rares éléments embryoplastiques, ovoïdes et allongés, dont quelques-uns pourvus d'un petit nucléole brillant.

6° Quelques rares leucocystes (globules du pus) dont la présence dans ce genre de tumeur est assez ordinaire.

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE I.

LA SYPHILIS PEUT TROUBLER DE MILLE MANIÈRES LES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

Le système nerveux étant composé d'un centre de perception, de cordons conducteurs de la sensibilité et du mouvement, et d'appareils destinés à recueillir les impressions, il s'ensuit que la syphilis peut, en agissant sur chacune de ces parties, pervertir les fonctions qui lui sont dévolues et produire ainsi une multitude d'affections nerveuses.

Depuis la douleur la plus bénigne, jusqu'à la névralgie la plus violente; depuis le plus léger affaiblissement de la locomotion, jusqu'à la paralysie la plus complète; depuis la simple inquiétude nerveuse, jusqu'à l'hypochondrie la plus profonde et la manie la plus furieuse, tous les désordres de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence peuvent être déterminés par la diathèse syphilitique; c'est ce qui ressortira de la lecture de ce travail.

Pour bien saisir le mécanisme de production des affections nerveuses syphilitiques, il faut tenir compte, indépendamment de la diathèse, de l'action de diverses causes occasionnelles, et surtout de la disposition individuelle du malade qui seule peut nous expliquer la

[redacted]

tendance de certains sujets à être atteints de telle forme et de telle variété d'affection nerveuse plutôt que de telle autre.

De même que pour les éruptions cutanées, la syphilis peut occasionner toutes les variétés des maladies nerveuses, sans qu'aucun des phénomènes morbides qui les constituent offre des caractères spéciaux qui puissent à eux seuls les différencier, dans tous les cas, d'avec les maladies vulgaires analogues.

Il s'ensuit que, pour reconnaître la nature de l'affection nerveuse, il ne suffit pas d'examiner les phénomènes que celle-ci présente, phénomènes qui n'ont par eux-mêmes rien qui décèle l'essence de la maladie, mais il est indispensable de bien observer son malade, en passant scrupuleusement en revue tous ses antécédents, et en étudiant attentivement son état actuel sous le rapport de la syphilis.

CHAPITRE II.

NÉVROPATHIE DIATHÉSIQUE DE LA SYPHILIS.

L'accident primitif, nous l'avons vu, après une incubation plus ou moins prolongée, vicie le sang et infecte l'économie tout entière. Un exanthème plus ou moins superficiel est habituellement la première marque physique de la généralisation de la maladie, de l'empoisonnement de l'organisme.

Mais, déjà avant cette éruption, la constitution est profondément altérée ; la plupart des fonctions essentielles de l'organisme peuvent témoigner par des troubles plus ou moins intenses, variables selon les individualités et les prépondérances physiologiques, des funestes influences qu'elles ont subies. Au moment où la diathèse s'établit, le système nerveux peut être plus ou moins perverti dans ses attributions de myotilité ou de sensibilité; il exprime alors par des phénomènes plus ou moins violents, l'impression générale que l'infection lui a fait éprouver dans son ensemble.

Nous croyons pouvoir désigner sous le nom général de *névropathie diathésique*, les divers troubles nerveux que l'on constate, soit quelques jours avant l'apparition de l'exanthème syphilitique, soit conjointement avec lui; troubles qui persistent quelquefois jusqu'après l'institution du traitement spécifique.

La névropathie diathésique est constituée par un

[redacted]

état de malaise, de prostration générale, par des douleurs vagues, souvent erratiques, qui ont leur siége tantôt dans les lombes, tantôt dans les masses musculaires des membres, quelquefois au voisinage des articulations, dans la tête, ou encore sur le trajet de différents nerfs, notamment de ceux du cuir chevelu. Ces douleurs névralgiques se développent manifestement sous l'influence de l'état général du système nerveux. On ne peut donc pas les attribuer à des lésions matérielles qui siégeraient dans les systèmes osseux ou fibreux, comme les névralgies et les autres accidents nerveux qui surviennent à une époque plus avancée de la diathèse syphilitique.

Mais ce ne sont pas là les seuls phénomènes que fait naître la secousse imprimée par la syphilis sur l'appareil sensitivo-moteur. Souvent le caractère des malades est profondément altéré; ils sont sujets à un état d'irritabilité et d'inquiétude inexplicable; il se manifeste de légers symptômes d'hystérisme; parfois même éclatent, pour la première fois, de véritables accès hystériques. En un mot, une foule d'accidents nerveux, voire même la chorée et l'hystérie, peuvent faire explosion dans ces circonstances; c'est ce que démontrent nos observations (voir l'article *Hystérie et chorée*).

Nous donnons plus loin l'observation d'un homme chez lequel l'exanthème syphilitique avait été précédé d'une paralysie du nerf facial. Chez certains malades, il survient, à cette période de l'affection, des maux de tête, des étourdissements, des vertiges, des sifflements et des bourdonnements d'oreilles, et parfois même une surdité plus ou moins prononcée; enfin, des symptômes gastralgiques peuvent succéder aux phénomènes précédents. L'ensemble de ces accidents est

rapporté par quelques auteurs à un appauvrissement du sang, à un état chloro-anémique. Mais vouloir constamment admettre l'existence de la chloro-anémie dans des cas semblables, ce serait s'exposer à des erreurs fréquentes; l'examen attentif des malades ne justifierait pas toujours cette hypothèse. On voit, en effet, des personnes vigoureuses et sanguines présenter tous les désordres que nous avons énumérés plus haut, sans qu'elles aient perdu ni leurs forces, ni la fraîcheur de leur teint; sans qu'elles soient affectées de palpitations ou de bruit de souffle vasculaire; sans qu'elles offrent, en un mot, aucun des traits caractéristiques de la chloro-anémie.

D'ailleurs, du moment que l'observation nous enseigne que la diathèse syphilitique peut, en pervertissant le système nerveux, donner naissance aux accidents multiples mentionnés plus haut; pourquoi ne pas admettre que toute manifestation morbide de la part de cet appareil puisse être consécutive à l'action direct de la syphilis, sans en chercher l'explication dans l'existence hypothétique de la chloro-anémie; je dis hypothétique parce que l'observation démontre que cet état est loin de se rencontrer toujours dès le début de la diathèse syphilitique.

La syphilis ne fait en cela que partager une propriété particulière à toutes les autres infections avec lesquelles elle offre tant d'analogie. Est-elle, en effet, la seule qui, par l'action directe de la matière infectante sur l'appareil sensitivo-moteur, produise des névroses? N'est-ce pas ainsi que se conduisent les empoisonnements saturnins et paludéens, ceux qui se rattachent aux affections charbonneuses, à la rage et, en général, à tous les virus? dans ces différents états

constitutionnels ne voit-on pas l'absorption du principe morbifique être suivie parfois de perturbations nerveuses d'une violence extrême?

En admettant même l'existence de la chlorose, ne sait-on pas que dans un grand nombre de cas, sa première cause doit être recherchée dans une perversion des fonctions du système nerveux?

Malgré les restrictions qui précèdent, il n'entre pas dans notre pensée de nier l'existence de la chloro-anémie d'une manière absolue. Loin de là, nous sommes convaincu, au contraire, que chez plusieurs malades cet état se développe dès le début de la syphilis constitutionnelle.

Du reste, on sait que M. Grassi a constaté, par l'analyse du sang des syphilitiques, une diminution notable dans la proportion des globules. Cependant, nous ferons remarquer que c'est ordinairement à une période plus avancée de la diathèse qu'a lieu l'appauvrissement du sang. On ne peut donc alléguer, dans tous les cas, la déglobulisation de ce liquide pour expliquer diverses manifestations nerveuses que la diathèse syphilitique détermine dès son début; d'ailleurs, nous l'avons déjà dit, des malades sanguins et d'une constitution athlétique ne sont pas à l'abri des accidents nerveux diathésiques; il faut cependant avouer qu'on les rencontre bien plus souvent chez des individus faibles et hydrémiques, soit qu'ils le fussent déjà avant de contracter la vérole, soit qu'ils le deviennent par l'effet même de la diathèse.

Voici enfin un dernier argument qui milite en faveur de notre opinion.

Le mercure, employé dans les circonstances dont nous parlons, se rend rapidement maître de tous les

[redacted]

accidents nerveux, excepté chez les malades très-profondément anémiques dont l'état exige soit un traitement tonique préalable, soit l'association des deux médications spécifique et fortifiante. Or, ne savons-nous pas que le mercure est une des substances qui produisent le plus promptement l'appauvrissement du liquide sanguin, et par suite l'anémie. Si donc, loin d'aggraver les douleurs et les autres phénomènes nerveux diathésiques, le mercure les calme et les dissipe, l'absence de la chlorose sera évidemment prouvée, ainsi que l'action immédiate de la syphilis sur le système nerveux dans un grand nombre de cas.

Indépendamment des différents phénomènes que nous avons énumérés, on rencontre encore d'autres accidents nerveux chez les malades récemment infectés. De même que *dans les fièvres éruptives*, dont la marche et l'incubation ont une si grande analogie avec la vérole à son début, diverses perversions des fonctions nerveuses précèdent ou accompagnent parfois l'éruption cutanée; de même dans la syphilis le premier exanthème est souvent annoncé par des phénomènes qui dénotent une perturbation profonde du système nerveux. Il arrive même que ces accidents nerveux, une fois déclarés, persistent jusqu'à ce qu'ils soient combattus par les spécifiques. C'est ainsi que certains individus, menacés d'une prochaine éruption ou affectés depuis peu de temps d'une syphilide, sont en proie à des convulsions, à des contractions spasmodiques, etc. (1) Quoique ces faits se rencontrent rarement, il faut reconnaître la possibilité de leur production par la syphilis et songer à cette diathèse lorsqu'on se trouve en face d'un cas semblable dont l'étiologie est obscure.

(1) Voir les observations au chapitre *Convulsions*.

Quelquefois enfin la fièvre précède l'exanthème syphilitique et persiste même après l'apparition de l'éruption. Cette fièvre, remarquée depuis longtemps déjà, et que M. H. de Castelnau a décrite sous le nom de *fièvre syphilitique*, ne peut être considérée comme la source des phénomènes nerveux mentionnés plus haut; d'abord, parce qu'elle s'observe rarement; tandis qu'on rencontre très-fréquemment chez les syphilitiques quelques-uns des troubles nerveux dont nous avons parlé; ensuite, parce qu'elle est habituellement très-peu violente, et que sa bénignité n'est nullement en rapport avec l'intensité des accidents pour l'explication desquels on l'invoque.

Dans certains cas, elle revêt la forme intermittente ou rémittente avec exacerbations fréquentes. Nous savons que l'intermittence est un des caractères propres à la perturbation du système nerveux; et sans admettre, avec M. Rayer et Giacomini, que cette fièvre est une affection purement nerveuse, nous sommes obligé d'abonder en partie dans leur sens et de reconnaître que, même dans l'empoisonnement paludéen, le système nerveux est le premier perverti dans ses fonctions. Ce fait est prouvé par l'accès lui-même qui n'est composé que d'une série de phénomènes en rapport avec la manière d'être du système nerveux. On verra dans les observations relatées à la fin de l'article spécial sur *la fièvre intermittente syphilitique*, l'histoire remarquable de quelques malades dont les accès, après avoir résisté à toutes les médications, au sulfate de quinine lui-même pendant longtemps employé, ont rapidement cédé au traitement mercuriel institué dès qu'on a reconnu les autres symptômes diathésiques concomitants.

Il faut donc admettre, chez plusieurs malades récem-

ment infectés, un état nerveux général dont les manifestations varient selon les aptitudes et les susceptibilités individuelles. M. Ricord donne le nom de *névrose* à cette manière d'être du système nerveux ; celui de *névropathie* ne serait-il pas préférable?

Parfois nous avons été à même d'observer qu'aussitôt après l'éruption il survenait une amélioration remarquable dans tous les phénomènes nerveux. C'est ainsi que nous avons vu diminuer la prostration, la surdité, les douleurs de tête et des membres, les symptômes hystériformes, etc. Nous nous empressons cependant d'ajouter que parfois ces mêmes accidents reparaissent de nouveau, quelques jours après leur disparition ; ce dont on voit un exemple dans l'une des observations insérées à la fin de l'article sur l'hystérie.

Cette disparition des phénomènes généraux, dès que l'éruption s'est faite, peut favoriser une erreur de diagnostic, en trompant le médecin sur la nature de la maladie et lui faisant admettre une fièvre éruptive. Cette méprise a été commise à l'occasion de quelques-uns des malades dont on trouvera les observations dans le courant de ce mémoire.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, on ne peut, dans l'état actuel de la science, rattacher à des lésions matérielles ces manifestations nerveuses, variables suivant les individus. On ne doit les regarder que comme un retentissement, une réaction du système nerveux morbidement impressionné. Du reste, le mot névrose, employé par M. Ricord, nous prouve que c'est là aussi la manière de voir de l'auteur de l'*Iconographie des maladies vénériennes*.

Il est à remarquer d'une manière générale, que plus on avance dans le cours de la diathèse, plus la névropathie tend à limiter ses manifestations.

Au début de la syphilis, le système nerveux, souffrant dans son ensemble, réfléchit sur plusieurs de ses points l'impression maladive qu'il éprouve; mais à une période plus avancée, les douleurs tendent tellement à se localiser, que c'est souvent une névralgie ou une douleur encéphalique seule qui constitue toute l'expression de l'état de souffrance du système nerveux.

Les douleurs encéphaliques sont, avec les névralgies, les symptômes nerveux les plus communs de l'infection constitutionnelle. Dans un chapitre spécial nous ferons l'histoire des névralgies syphilitiques, d'après les observations que nous avons recueillies. Quant aux céphalées, elles ont assez souvent été confondues avec les névralgies ou avec les douleurs que déterminent, à une époque plus avancée de la diathèse, les exostoses, les périostoses et d'autres lésions matérielles de l'encéphale ou de ses parties protectrices. Quoi qu'il en soit, les céphalées sont le symptôme le plus fréquent de la diathèse syphilitique, et souvent elles existent dès son début. On doit placer leur siége dans la profondeur de la masse encéphalique. Les malades eux-mêmes les accusent dans l'intérieur du crâne. Cependant elles semblent quelquefois occuper les parois osseuses. Des douleurs ostéocopes concomitantes, se manifestant sur d'autres parties du squelette, permettent de leur assigner ce siége.

Quoiqu'un des caractères les plus fréquents de ces douleurs soit leur apparition pendant la nuit, nos observations ne nous permettent pas d'admettre avec plusieurs auteurs que ce soit là une de leurs propriétés constantes. Nous les avons vues bien des fois tourmenter les malades aussi bien le jour que la nuit, et, *quoique le fait soit exceptionnel*, *quelques-uns de nos malades ne les présentaient que pendant le jour*.

Il est à remarquer aussi que la chaleur du lit n'exaspère pas les douleurs chez tous les malades.

Enfin d'autres affections que la syphilis déterminent des douleurs qui diminuent par l'impression du froid. C'est là, comme on le sait, le propre de presque toutes les névralgies, quelle que soit leur origine.

Si nous ne répétons pas, avec la plupart des médecins, que l'exaspération nocturne, sous l'influence de la chaleur du lit, est le caractère spécial des douleurs syphilitiques, ce n'est pas que nous ne reconnaissions la réalité de cette assertion dans le plus grand nombre des cas ; mais des faits qui nous sont connus ne nous permettent pas d'être aussi exclusif que ces auteurs; et nous ne pouvons nous contenter de cette recrudescence seule pour déclarer la nature syphilitique d'une céphalalgie, pas plus que nous ne nous croyons autorisé à éloigner toute présomption en faveur de la nature syphilitique du mal, par cela seul que les douleurs persistent pendant le jour.

Lorsqu'on a scrupuleusement étudié un grand nombre de malades syphilitiques, on est frappé de l'absence, chez plusieurs d'entre eux, de tout phénomène dénotant un trouble physiologique. Au début de la diathèse, ils n'éprouvent ni douleurs de tête, ni douleurs dans les membres, ni malaise, ni prostration, etc. Le seul symptôme qui révèle leur infection constitutionnelle, est une éruption cutanée, ou quelque autre affection superficielle. En un mot, on ne constate chez eux que des troubles physiques.

Enfin, on rencontre des malades affectés d'une syphilis acquise, présentant des accidents secondaires tardifs, et même des symptômes tertiaires, sans qu'ils aient jamais éprouvé le moindre symptôme nerveux, sans qu'ils

aient jamais ressenti la souffrance la plus bénigne. Quel contraste frappant ne présentent-ils pas, quand on vient à les comparer aux malades en proie à des douleurs affreuses, aux accidents nerveux les plus intenses, dès les premiers jours de l'établissement de la diathèse.

En lisant l'histoire de la plupart de nos malades, on trouvera décrit avec détails cet état de souffrance générale du système nerveux au début de l'infection, état que nous proposons de désigner sous le nom de *névropathie syphilitique*. Il est donc inutile, sinon fastidieux, de grossir outre mesure le volume de ce livre, en insérant ici un nombre considérable d'observations à l'appui de la description que nous venons de donner. Tout médecin qui aura tant soit peu l'habitude d'observer les syphilitiques reconnaîtra sans peine la vérité de tout ce qu'on vient de lire.

OBSERVATION II. — *Névropathie syphilitique ou divers accidents nerveux déterminés par l'infection syphilitique et complétement dissipés par les spécifiques.*

G. P... âgée de 21 ans, blanchisseuse, demeurant au n° 35 de la rue du Petit-Lion-Saint-Sauveur, native de Cherbourg, inscrite à la préfecture depuis le 27 septembre 1855, est entrée pour la première fois à la maison de Saint-Lazare le 22 mai 1857. Elle y est restée jusqu'au 3 août pour un chancre du col que le docteur Commenge, alors interne de l'hôpital, cautérisa au fer rouge à trois différentes reprises. Depuis sa sortie de Saint-Lazare, cette femme n'a eu aucune espèce d'accidents constitutionnels.

Les règles ont paru pour la première fois chez cette femme à l'âge de 10 ans. A 11 ans elle eut des rapports sexuels, à la suite desquels elle contracta une uréthrite pour laquelle elle fut traitée à Lourcine. Ses règles ont toujours été régulières. Elles durent de trois à quatre jours. Cette durée n'a pas varié par la prostitution. Néanmoins elle a remarqué que lorsqu'elle n'exerce pas sa triste industrie elle perd beaucoup moins de

sang. Le 5 février 1859, elle rentre à Saint-Lazare dans l'état suivant : plaques muqueuses des grandes et des petites lèvres ainsi que des amygdales; éruption de syphilides pustuleuses sur l'abdomen, la poitrine, le cou et les parties latérales du nez. Croûtes pustulo-crustacées nombreuses au cuir chevelu. Le col utérin est légèrement tuméfié et rouge. Il existe à l'entrée de son orifice une ulcération de la lèvre supérieure. Elle est petite et peu profonde. On diagnostiqua à la préfecture un chancre du col. Le docteur Commenge, qui observa la malade à Saint-Lazare, fit sur la cuisse de cette même malade une inoculation avec du liquide puisé à l'ulcération. Résultat négatif.

Il y a trois semaines que les éruptions cutanées ont commencé à se montrer chez cette femme. Il est à remarquer que quelques jours avant l'apparition des manifestations diathésiques, il lui est survenu un état dyspeptique très-prononcé et des symptômes nerveux que nous allons décrire plus loin; accidents qui ont toujours persisté depuis. Ainsi, trois semaines environ avant l'éruption, la malade avait perdu l'appétit. Ne pouvant manger, elle faisait des repas très-irréguliers et composés seulement de petit salé, d'huîtres et de sardines; tout le reste excitait le dégoût. La vue de la viande et des légumes provoquait des nausées. Quoi qu'elle aimât beaucoup le café et le vin, elle les prit aussi en aversion depuis la même époque. Elle ne voulait boire du vin qu'avec de l'eau de Seltz. Sa boisson habituelle était composée de sirops acides étendus d'eau de Seltz. Sa bouche était pâteuse et souvent amère; pas de diarrhée ni de constipation. A cet état des voies digestives se joignait une lassitude extrême, une courbature de tous les membres, une faiblesse telle, que le moindre travail la fatiguait péniblement. Elle avait presque toujours froid ; elle éprouvait de fréquents étourdissements, des palpitations cardiaques, de la dyspnée, un sentiment de suffocation accompagné parfois de la boule hystérique. Enfin irascibilité constante ; spasmes parcourant parfois tout le corps. Ces divers symptômes, qui existent encore aujourd'hui chez la malade, avaient précédé de quelques semaines les manifestations constitutionnelles de la syphilis. Ainsi, sans répéter les divers symptômes qui précèdent, nous résumerons en quelques mots l'état de cette femme au

5 février. Bouche pâteuse, langue saburrale; inappétence complète; envies fréquentes de vomir; oppression au creux épigastrique; analgésie en divers points; des piqûres d'épingles pratiquées à la partie interne des bras et même au creux épigastrique ne déterminent pas de douleur. Outre les phénomènes nerveux signalés, il y a à noter que la malade se plaint de vives douleurs de tête, profondes, s'exaspérant par intervalles et ayant surtout pour siége le côté droit de la tête. Pendant le jour ou plutôt pendant que la malade est levée, ces douleurs sont moins pénibles; mais lorsqu'elle est dans son lit, notamment si elle y a très-chaud et si elle est couchée sur le côté droit, ces douleurs deviennent insupportables. De plus, il y a chez elle un état de souffrance de l'oreille et de l'œil du côté gauche. Depuis une quinzaine de jours l'ouïe est affaiblie de ce côté-là ; la surdité et les douleurs d'oreilles augmentent lorsque la tête repose sur le côté droit. Il survient alors des bourdonnements intenses, et, pour nous servir de son expression, *c'est comme si elle avait un chemin de fer dans son oreille.* Sa céphalalgie et ses douleurs d'oreilles s'exaspérant sous l'influence de la chaleur du lit et du décubitus droit; G... évite avec soin cette position. Autrefois elle avait le sommeil prompt et profond ; mais depuis qu'elle éprouve tous les accidents mentionnés, il y a chez elle une insommie presque complète.

Lorsque dans la nuit elle est tourmentée par de violentes douleurs, il lui suffit pour les calmer de s'exposer à l'air frais.

Du côté de l'œil droit, il y a des phénomènes analogues jusqu'à un certain point à ceux de l'oreille droite. Il y a, en effet, affaiblissement léger de la vision. La vue est trouble, la malade voit comme à travers un nuage. Si elle fixe une personne ou un objet situé à côté d'elle, il lui semble qu'il est double et situé à une grande distance, à *une lieue du point où elle se trouve.* Les objets ne se détachent pas nettement sur ce qui les entoure ; ils sont vaguement limités ; de plus elle n'a pas conscience parfaite de leur proportion. Enfin l'œil droit devient douloureux lorsque les souffrances de tête, signalées plus haut, viennent à s'exaspérer.

Aux douleurs céphaliques profondes que nous avons mentionnées, nous devons ajouter la présence de douleurs super-

ficielles, névralgiques, qui augmentent par la pression. Ainsi lorsqu'on touche le cuir chevelu, la face, le cou à son côté droit, la malade sent de pénibles douleurs. La partie droite du cuir chevelu est douloureuse à la pression, tandis que la gauche est à l'état normal. La raie, qui sépare les deux bandeaux de cheveux, établit la ligne de démarcation entre les deux parties. En pressant avec le doigt au niveau du tragus, de l'apophyse mastoïde, à la partie postérieure du crâne, et au niveau des nerfs sus et sous-orbitaires, on détermine de vives douleurs. La pression exercée à gauche, sur les mêmes points, ne produit pas de sensation douloureuse.

Pour préciser d'une manière plus exacte les points douloureux, une exploration est faite avec la pointe d'une aiguille. On constate alors que la douleur est très-intense au niveau du trou mentonnier, au niveau de l'oreille, du nerf sous-orbitaire et des nerfs frontaux. Des piqûres comparatives faites sur les parties correspondantes à gauche, mettent hors de doute l'hypéresthésie du côté droit.

Indépendamment des différents phénomènes déjà signalés, nous devons noter une douleur au niveau du moignon de l'épaule droite. La malade y éprouve une sensation pénible lorsqu'elle veut porter son bras droit à sa tête ; ce membre lui semble engourdi et plus pesant que d'habitude. Rien de pareil à gauche. La jambe droite semble aussi, dit la malade, moins forte que la gauche. A l'exploration on n'y trouve rien d'appréciable. Elle prétend aussi que lorsqu'elle a chaud dans son lit toute la partie droite de son corps lui semble endolorie.

Avant de commencer le traitement spécifique, on combat l'état dyspeptique par l'administration d'un vomitif : ipéca, 2 gr.; tartre stibié 0,10 ; selles et vomissements abondants.

Le 8 février, la malade est un peu soulagée, les troubles gastriques ont presque disparu ; aussi lui prescrit-on une pilule de 0,05 de proto-iodure de mercure et 1 gramme d'iodure de potassium. Le 18 février on augmente la dose des médicaments : 2 pilules mercurielles, 2 grammes d'iodure de potassium.

Le 26 février, amélioration sensible. La malade se sent plus forte ; l'appétit est revenu ; aussi mange-t-elle avec plaisir. La lassitude a disparu de même que les accidents nerveux mentionnés : ainsi les douleurs névralgiques et les points hypéresthé-

iques n'existent plus. Les douleurs internes de la tête persisent toujours; elles tourmentent la malade, principalement pendant la nuit. Il y a toujours un peu de surdité à droite; les troubles visuels persistent aussi, quoique bien diminués; la douleur siégeant au moignon de l'épaule n'existe plus; aussi le bras de ce côté peut-il être porté à la tête avec la même facilité que le gauche. La malade, qui était fatiguée par des insommies constantes, dort maintenant d'un très-bon sommeil. Les jours suivants l'amélioration a marché à grands traits; les troubles de la vision et ceux de l'ouïe ont été les derniers à disparaître. Après deux mois de traitement spécifique, la malade quitte l'hôpital en parfaite santé. Toutes les manifestations avaient complétement disparu.

Réflexions. — Voici donc un cas remarquable de perturbation profonde du système nerveux occasionnée par la syphilis constitutionnelle. En effet, cette femme n'avait eu aucun de ces accidents nerveux décrits dans l'observation, avant l'infection de l'organisme. Ces phénomènes multiples ont progressivement cédé à l'emploi des médicaments spécifiques.

Il est à noter ici que la syphilis a déterminé des symptômes nerveux extrêmement variés. Ainsi, outre les névralgies, les céphalées, cet état de lassitude et d'abattement, il y a eu chez cette femme des phénomènes hystériformes et des troubles du côté des sens. La rapidité avec laquelle se sont dissipés les accidents de la vue et de l'ouïe, et leur développement au début de la diathèse, c'est-à-dire à une époque à laquelle la syphilis ne possède pas encore la faculté de déterminer des lésions matérielles du côté du squelette ou dans la substance nerveuse, ces puissantes raisons nous font admettre une action générale de la syphilis sur l'ensemble du système nerveux.

D'ailleurs, combien de lésions faudrait-il admettre

pour expliquer les divers phénomènes nerveux mentionnés? et comment se rendre compte des accidents hystériformes éprouvés par cette femme uniquement pendant qu'elle était sous l'influence de la maladie, sinon en admettant une perturbation générale de tout le système? Du reste, des observations pareilles se trouvent consignées dans l'article sur les névralgies et dans celui consacré à l'hystérie.

OBSERVATION III. — NÉVROPATHIE DIATHÉSIQUE. — *Céphalées nocturnes. — Douleurs dans les membres. — Hypéresthésie du cuir chevelu. — Étourdissements, vertiges, etc. — Mercure. — Guérison.*

B..., entré le 19 octobre 1858 à l'hôpital du Midi, salle 1, lit n° 9, service de M. Ricord. Il a 29 ans et exerce l'état de jardinier.

Il y a trois mois qu'il eut un chancre pour la première fois. Il est d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique ; il n'a jamais éprouvé de maux de tête et jouit habituellement d'une excellente santé. Le chancre resta ouvert pendant deux mois et demi. Il fut pansé avec du vin aromatique sans qu'on ait fait usage d'un traitement interne.

Deux mois après l'apparition du chancre, il commença à éprouver des maux de tête, des étourdissements, des vertiges.

L'intensité et la durée des maux de tête ont progressivement augmenté, ainsi que les autres symptômes, à tel point qu'aussitôt que le malade se levait, il était pris d'étourdissements et de vertiges ; un nuage lui passait devant les yeux ; il se sentait menacé de tomber, s'il ne s'appuyait immédiatement sur un meuble en fermant les yeux.

Le 10 novembre le malade offre un teint jaunâtre ; la muqueuse buccale est décolorée ; il éprouve des douleurs de tête qu'il distingue lui-même en deux ordres. La nuit, de dix heures du soir jusqu'à quatre ou cinq heures du matin, il a une céphalée intense et continue, siégeant derrière le front sous forme de bandeau avec des exaspérations spontanées et des douleurs aux bras et aux jambes. Ces douleurs le privent de tout som-

meil pendant une grande partie de la nuit. Le matin, quand après la visite il veut se lever, il est saisi d'étourdissements qui l'obligent à s'asseoir et à se recoucher à plusieurs reprises. Vers midi environ il lui survient des céphalalgies générales qui débutent au sinciput et rayonnent de là dans toute la tête, principalement du côté des tempes; elles peuvent durer plusieurs heures, mais il remarque que pendant la digestion elles s'affaiblissent et disparaissent quelquefois entièrement.

Tout le cuir chevelu est le siége d'une hypéresthésie très-marquée. Il suffit de tirer très-doucement une mèche de ses cheveux pour déterminer une vive douleur qui se réveille d'ailleurs par la pression la plus légère. Cette exaltation de la sensibilité est uniformément répandue partout, sans être plus prononcée sur le trajet des nerfs.

Depuis un mois il éprouve des palpitations cardiaques; pas de bruit de souffle, mais un peu d'éclat des battements. Les autres fonctions s'accomplissent physiologiquement.

Il porte un large chancre lamellaire, parcheminé, induré; un autre plus petit siége sur le côté gauche du fourreau. Des plaques muqueuses se voient à la partie inférieure du prépuce, près du scrotum et dans l'ombilic même. Enfin il y en a dans la bouche.

Roséole syphilitique dont le malade ignorait l'existence. Adénopathie inguinale et cervicale. On prescrit deux pilules chacune de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure; tisane amère.

Le 5 décembre, les plaques muqueuses ont disparu; les ganglions ont beaucoup diminué; le malade n'éprouve plus de maux de tête nocturnes, ni de douleurs dans les membres; de temps en temps dans la journée un peu de céphalalgie. Les étourdissements se reproduisent encore assez souvent dans la matinée et les forces du malade ne sont pas revenues à leur état normal.

L'hypéresthésie du cuir chevelu existe à peine et seulement vers le sommet de la tête. On continue le même traitement.

Il sort parfaitement rétabli au commencement de janvier.

Réflexions. — Nous ne dirons que deux mots à propos de ce malade qui nous offre un ensemble d'acci-

dents nerveux déterminés par l'institution de la diathèse syphilitique : maux de tête nocturnes, douleurs dans les membres, étourdissements, hypéresthésie du cuir chevelu, palpitations, etc. Ce malade semblait chloro-anémique; il l'était en effet, mais à un léger degré qui n'était nullement en rapport avec l'intensité des troubles du système nerveux. Remarquons que, de toute manière, les mercuriaux, sans le secours des ferrugineux, en combattant la syphilis constitutionnelle, ont en même temps dissipé les accidents nerveux. Si donc ceux-ci dépendaient de la chlorose pure et simple, les altérants les auraient plutôt exagérés qu'ils ne les auraient dissipés. C'est donc là une *anémie déterminée par la diathèse et qui guérit directement par les spécifiques.*

OBSERVATION IV. — *Couple syphilitique* (homme). — *Accidents nerveux diathésiques.* — *Chancre induré, parcheminé.* — *Syphilide papulo-pustuleuse.*

X..., âgé de 36 ans, est entré, en juillet 1858, à la maison de santé de la rue de Lourcine, pour une dyspepsie avec état chloro-anémique. Il fut soumis à un traitement tonique et ferrugineux, qui améliora rapidement son état.

En effet, le bruit de souffle à la base du cœur pendant le premier temps et la faiblesse des jambes par suite d'une marche peu prolongée ont disparu; l'appétit revint avec la faculté de digérer, ainsi que les érections presque éteintes avant le traitement. Les palpitations cardiaques et les essoufflements avec retentissement général et tristesse marquée se sont également dissipés.

Ayant recouvré ses forces, il se livra aux plaisirs de l'amour. Le 13 août il porte sur le limbe du prépuce *un groupe de vésicules d'herpès.*

La veille, il a cohabité avec la femme dont l'observation porte le n° V.

Huit jours après, les vésicules rompues avaient donné nais-

sance à une ulcération avec auréole ; la surface sécrétait de la sérosité ; et quatre jours après, c'est-à-dire douze jours après l'apparition de l'herpès et le treizième jour du coït, l'ulcération avait déjà une base parcheminée.

Cependant cette apparence pouvait dépendre d'une cautérisation que le malade s'était faite avec le nitrate d'argent. On resta donc dans le doute. Il y avait, de plus, un peu de tension des ganglions de l'aine gauche.

Traitement. — Pansements avec du vin aromatique.

Le 15 septembre, c'est-à-dire un mois après le début du chancre, surviennent des accidents généraux : abattement, malaise, fatigue par suite du moindre exercice, battements de cœur, même sans que le malade se fatigue ou se déplace, essoufflement et besoin fréquent de faire de grandes inspirations, même pendant le repos ; pesanteur épigastrique et oppression thoracique, surtout la nuit.

Dyspepsie flatulente ; maux de tête assez intenses par moments, léger mouvement fébrile. Six jours environ après le début de ces accidents, apparition d'une éruption papulo-pustuleuse abdominale et faciale ; pléiade bi-inguinale et cervicale, croûtes dans le cuir chevelu.

Céphalée assez intense, surtout pendant la nuit, et qui a persisté même après la disparition de la fièvre.

Soumis au traitement par le proto-iodure de mercure à la dose de 5 centigrammes par jour, aux amers et aux ferrugineux, son état s'améliora notablement dans l'espace d'un mois. Les symptômes généraux ont disparu chez lui.

M. X... se fatigue encore assez facilement, mais les digestions sont bonnes et faciles. L'éruption cutanée a disparu, les ganglions lymphatiques ont diminué de volume, etc. (16 octobre 1858).

Le malade a suivi son traitement ; ses digestions devinrent physiologiques ; ses forces sont revenues ; aucune manifestation n'a paru. Il continua ses médicaments pendant quatre mois.

OBSERVATION V. — *Chlorose syphilitique. — Accidents nerveux diathésiques. — Couple syphilitique* (femme).

X..., âgée de 22 ans, blonde, lymphatique, maigre ; elle

ne fut examinée que le 25 août, quelques jours après l'apparition du chancre chez M. X..., avec lequel elle avait eu des rapports.

Elle porte une ulcération molle à la fourchette, un peu à gauche, parfaitement en rapport avec le groupe d'herpès de M. X..., qui se trouvait à droite et à la partie inférieure du pénis.

Bubon suraigu inguinal gauche, douloureux. Rien du côté des fonctions générales; du reste, état de santé très-satisfaisant; application de sangsues sur le bubon; cataplasmes, bains généraux.

Tout avait disparu au bout de quelques jours, bubon et ulcération, et la malade paraissait définitivement guérie, lorsqu'il survint *un mouvement fébrile intense* avec céphalalgie violente; deux jours après apparaît une éruption papulo-pustuleuse ressemblant tellement à une varicelle que, vu la disparition rapide de tous les accidents syphilitiques, on pensa à une fièvre éruptive.

Il y avait à cette époque trois semaines qu'on avait constaté chez elle le chancre; mais la date de cette ulcération était inconnue. En même temps cette femme fut prise de sueurs abondantes, de faiblesses très-prononcées avec bruit de souffle cardiaque et carotidien intense, irritabilité nerveuse, palpitations, etc.

Son état général de chloro-anémie était tel qu'il fallut la soumettre d'abord à un traitement tonique (carbonate de fer, tisane de gentiane) avant de prescrire du mercure. Quinze jours après elle fut soumise à un traitement hydrargyrique, conjointement avec les amers et les ferrugineux (0^{gr},05 de protoiodure hydrargyrique). Il y avait à cette époque des papules gutturales et des ganglions cervicaux. La malade refusa bientôt de continuer les mercuriaux.

Le 28 novembre, la première éruption avait disparu depuis trois semaines, et venait d'être remplacée par une poussée vésiculeuse confluente (herpès impétigineux), lorsque la malade, soignée jusqu'alors par M. le docteur Potevin Dumotel, auquel nous devons l'observation, a voulu se faire recevoir à l'hôpital Saint-Louis.

[redacted]

CHAPITRE III.

DES NÉVRALGIES SYPHILITIQUES.

Le symptôme douleur est un des premiers qui aient attiré l'attention des malades et des médecins dans la syphilis constitutionnelle ; mais aucune distinction n'a été établie par les auteurs anciens quant à son siége précis. Ceux qui considèrent comme syphilitique le fléau qui ravagea Naples pendant l'occupation de l'armée française commandée par Charles VIII, en 1495, trouvent un appui en faveur de leur opinion dans l'existence de douleurs violentes siégeant à la tête et aux membres, conjointement avec des éruptions cutanées.

Joseph Frank (1) se demande s'il doit regarder comme possible la névralgie syphilitique de la cinquième paire. Quant à celles des autres nerfs, il n'en parle seulement pas.

Mais l'étude des névralgies est de date toute récente. Il n'est donc pas étonnant que les anciens n'aient pas su reconnaître, parmi ces maladies, celles qui étaient produites par la syphilis.

On est, au contraire, justement surpris de ne pas voir figurer la syphilis dans l'étiologie du beau et consciencieux travail de Valleix (2).

(1) T. III, p. 295.
(2) *Traité des névralgies.* Paris, 1841.

M. Lagneau dit à propos des névralgies qu'elles peuvent compliquer la vérole ou y être consécutives (1).

M. Ricord n'a pas prononcé le mot névralgie, mais il a évidemment observé celles qui siégent sur les nerfs intercostaux. Il les désigne (2) sous le nom de *pleurodynies syphilitiques*.

MM. Trousseau et Pidoux ont cité deux observations de névralgies intercostales guéries par les spécifiques. Enfin, M. Yvaren (3) nous en donne deux nouveaux exemples.

Le docteur Vaulpré, après avoir essayé sans succès de nombreuses médications contre certaines douleurs névralgiques, fut éclairé sur leur cause occulte qui était la syphilis, soit par l'apparition subite d'une manifestation diathésique, soit par les confidences du malade.

On lui doit les trois observations qui suivent.

Madame X..., âgée de 58 ans, ressent, le 17 mars 1851, de violentes douleurs dans la hanche droite. Elles s'étendent dans tout le membre pelvien en suivant le trajet des nerfs sciatique et crural jusqu'à la malléole externe. Le doigt promené sur le trajet de ces nerfs produit une impression pénible. Des douleurs vives, lancinantes, arrachent parfois des cris à la malade ; des sangsues et un vésicatoire produisent de l'amélioration. Le 19 avril, douleurs dans la moitié droite de la face. Elles sont intermittentes : elles commencent à dix heures du matin et se prolongent avec des exacerbations jusques après minuit ; le sulfate de quinine ne les fait pas disparaître ; les sangsues, l'opium, la belladone, etc., ne donnent pas un meilleur résultat. Le 1er juin, le mal se déplace à droite, où il sévit avec la même intensité. Dans le courant du mois, M. Vaulpré aperçoit au cou de la malade des plaques saillantes, lenticu-

(1) *Loc. cit.*, p. 342.

(2) *Clinique iconographique*, observ. XXVI et XXVII.

(3) *Des métamorphoses de la syphilis.*

laires, cuivrées, avec desquammation. Interrogée attentivement sur ses antécédents, elle avoue avoir eu aux parties sexuelles, il y a quelques mois, des ulcérations qui n'ont pas été soignées. Le proto-iodure de mercure fut prescrit, ainsi que la tisane de salsepareille; et quelques jours après, les symptômes cutanés, les ulcérations et les névralgies ont disparu pour ne plus revenir.

X..., âgée de 27 ans, eut une syphilis grave il y a six ans; l'affection était caractérisée par des ulcérations aux parties génitales et à la gorge. M. Vaulpré reconnaît un rétrécissement du rectum qu'il traite avec des mèches enduites d'onguent mercuriel. Trois mois après, il survient une névralgie, sus-orbitaire gauche, intermittente, que le sulfate de quinine calme provisoirement. Tous les autres moyens (chloroforme, narcotiques, antispasmodiques) ne produisent aucune amélioration. Les antécédents de la malade font songer à la syphilis. Un traitement spécifique fait cesser toutes les douleurs, dès le sixième jour de son emploi.

X..., plâtrier, est âgé de 29 ans; le 8 avril 1851, il souffre de douleurs névralgiques dans toute la moitié droite de la face; elles occupent presque toutes les branches de la cinquième paire. La maladie d'abord continue devient ensuite intermittente. Le 2 mai, les accidents s'arrêtent. Huit jours après, ophthalmie à droite accompagnée de douleurs violentes que les moyens ordinaires n'améliorent pas; le 27 la névralgie reparaît; il s'y joint dans les poignets et dans la paume des mains des douleurs tellement fortes que le malade est porté à des idées de suicide. En juin ces douleurs se reproduisent surtout la nuit; le malade commence à souffrir aussi dans les tibias. Malgré ses dénégations, il est soumis à un traitement anti-syphilitique; dans l'espace de dix jours tous les symptômes disparaissent pour ne plus revenir. Le malade avoua plus tard qu'il avait eu une ulcération à la verge (?).

A côté d'un petit nombre d'observations sérieuses qu'on trouve dans les auteurs, il y en a tant d'autres incomplètes et dont le diagnostic paraît hasardé, qu'on est autorisé à dire que l'histoire complète des névralgies

syphilitiques est à faire avec de nouveaux et sérieux documents, avant que ces affections ne puissent prendre rang dans le cadre nosologique.

Comment, en effet, la confusion ne régnerait-elle pas dans l'esprit des médecins qui ne se sont pas livrés d'une manière spéciale à l'étude de la syphilis, c'est-à-dire dans l'esprit de l'immense majorité des praticiens, lorsqu'ils voient que pour Joseph Frank *l'odontalgie syphilitique peut être le résultat de la transplantation d'une dent affectée de vice vénérien!* lorsqu'ils lisent dans l'ouvrage de M. Yvaren lui-même, qui partage l'opinion de l'auteur et en exalte la conduite, l'observation suivante d'Amatus Lusitanus : *Le médecin Ferrarois, en présence d'une névralgie oculo-sincipitale et sans qu'il fût guidé par aucun symptôme préexistant ou concomitant, diagnostique une carie syphilitique de la table interne des os de la voûte, applique le trépan et finit par guérir son malade par le gaïac!* Que penserait-on d'un médecin qui, de nos jours, poserait un diagnostic pareil?

Est-ce édifier le lecteur sur l'existence de la névralgie syphilitique, que de présenter comme telle l'observation cinquième de M. Yvaren empruntée à Baillou? « Un homme eut de la céphalalgie, de la cécité, de l'anosmie, une rétraction des pieds, des convulsions; il fut amélioré par les mercuriaux; néanmoins il mourut quelque temps après. A l'autopsie on trouva une carie des os du crâne, et une tumeur mélicérique du cerveau. » Il n'y est pas dit un seul mot des antécédents du malade; on ne donne aucune description de la pièce anatomo-pathologique; on ne fait aucune mention de l'existence simultanée d'autres manifestations syphilitiques. Quel est donc le signe sur lequel on s'est fondé pour porter une accusation contre la syphilis?

Enfin, pour nous justifier de notre incrédulité à propos du diagnostic de la syphilis posé par les anciens et accepté à la légère par les contemporains, qu'il nous soit permis de citer l'observation de Baglivi (1) relatée dans l'ouvrage de M. Yvaren, sous le titre de *Syphilis simulant une sciatique*. La seule preuve que l'on donne pour *démontrer* qu'il s'agissait d'une manifestation syphilitique, c'est que le malade a eu vingt ans auparavant un bubon vénérien et que sa névralgie a guéri par les sudorifiques!!! Nous sommes loin d'applaudir avec M. Yvaren (obs. IX) à la sagacité de Baglivi.

Cependant, tout en différant d'opinion avec M. Yvaren, qui nous paraît en général trop facilement admettre la présence de la syphilis, nous sommes le premier à lui rendre justice pour le mérite qu'il a eu de recueillir d'autres faits complets, et surtout d'éveiller l'attention des médecins sur un point aussi important de la pathologie. — Voici l'extrait de quelques observations empruntées à l'ouvrage de cet auteur :

X..., âgé de 28 ans, garçon d'hôtel, est en proie à des douleurs intenses et rebelles dont le point de départ est au-dessus des orbites ; ces douleurs s'irradient par élancements autour de la tête jusqu'à la partie inférieure de l'occipital ; lorsqu'il se manifeste de vives souffrances, on constate la tuméfaction des parties qui en sont le siége ; nulle pendant le jour, la douleur devient intolérable pendant la nuit ; l'emploi des opiacés et des purgatifs n'a produit aucune amélioration.

Le malade avait eu une uréthrite en 1845 ; en 1847, seconde chaude-pisse avec chancre, adénopathie inguinale. Quelque temps après ces accidents, il se produisit des douleurs dans les muscles des bras et des épaules ; les contractions musculaires de ces parties étaient très-pénibles ; les douleurs, plus intenses la nuit que le jour, persistèrent pendant trois semaines, malgré l'emploi des bains de vapeur, et furent remplacées

(1) *Praxeos medicæ* l. II, ch. x, § 2, n. 5.

plus tard par la névralgie décrite plus haut. M. Yvaren prescrivit 10 centigrammes de sublimé dans douze cuillerées à bouche d'eau distillée ; le malade prenait tous les matins une cuillerée de cette solution ; à la cinquième, les douleurs commencèrent à se calmer, puis elles disparurent.

L'observation précédente est un exemple de névralgie syphilitique. Nous regrettons néanmoins que l'auteur ne nous ait pas dit s'il existait en même temps d'autres manifestations diathésiques du côté de la peau, des muqueuses, etc.

X..., âgée de 45 ans, eut en 1844 une névralgie faciale considérée comme vulgaire. Elle fut affectée presque en même temps d'une fluxion avec tuméfaction du côté droit de la tête, du front, de la joue, de l'oreille et d'une partie du cou ; il se développa en même temps une tumeur de la grosseur d'une amande dans l'épaisseur de la joue. Déjà, en 1841, cette malade avait éprouvé des douleurs si horribles que dans son délire elle avait voulu se précipiter par la croisée. Ces douleurs partaient de la tempe droite et s'étendaient du côté de l'oreille jusqu'à la ligne médiane ; en même temps elle éprouvait une sensation glaciale au sinciput. Pendant deux mois les calmants et les narcotiques n'amenèrent aucune amélioration ; après ce laps de temps le mal diminua pour ne plus se faire sentir que la nuit de onze à trois heures. Plus tard, il revêtit la forme d'un accès nocturne se manifestant tous les huit jours. En 1843, crise semblable à celle de 1841. En mars 1844, apparition des mêmes douleurs ; la myotilité est intacte, la sensibilité obtuse ; les arcades dentaires ne peuvent s'écarter de plus de 2 ou de 3 millimètres ; fourmillements aux gencives ; sensation d'écoulement d'eau froide partant de l'œil pour aboutir dans la bouche, après avoir suivi les parties latérales du nez.

Les douleurs diminuées momentanément par l'usage du camphre reparaissent en juin pour se dissiper bientôt. Quelque temps après, il survient une rhinite avec carie des os du nez ; cette rhinite fait soupçonner la nature syphilitique de la névralgie ; l'emploi des mercuriaux et des sudorifiques a dissipé

:s douleurs névralgiques et amené la guérison définitive de la arie des os du nez.

Mode de production des névralgies syphilitiques.

Si nous voulons maintenant rechercher l'époque à aquelle les névralgies syphilitiques paraissent généra- ement, nous voyons que ces affections nerveuses se encontrent très-fréquemment dans la syphilis consti- utionnelle, et cela aux diverses périodes de son évolu- ion.

Nous avons déjà signalé, en parlant de la névropa- hie diathésique, la fréquence des douleurs névral- iques dès le début de la diathèse. Très-probablement e n'est alors qu'une simple perversion de la sensibi- ité sans lésion matérielle; car les tissus n'ont pas ncore été modifiés par la maladie infectante. Plu- ieurs des observations relatées à la fin de cet article iennent à l'appui de cette assertion.

Chez le malade de l'observation n° X, il existait une xostose costale en même temps qu'une névralgie de la nême région; il est donc permis d'admettre que, dans ertains cas, le tronc nerveux, peut-être comprimé, de- ient le siége d'une exagération de la sensibilité.

Certains médecins admettent que les névralgies yphilitiques sont toujours provoquées par une tumé- action des tissus osseux ou fibreux qui compriment es nerfs à leur passage, soit dans les conduits ostéo- ibreux, soit en général sur un point quelconque du quelette. Nos observations ne nous permettent pas de rancher définitivement cette question.

Nous avons manifestement vu pendant la vie, et onstaté même après la mort, que des tumeurs gom- neuses et des périostoses avec collection plastique

déterminent des douleurs névralgiques parfois très-intenses qui se font sentir sur tout le trajet du nerf et dans les parties animées par ce nerf dont le tronc se trouve ainsi comprimé. Selon Chomel (1), la névralgie n'est que le symptôme d'une lésion occupant les organes ou les tissus qui avoisinent ou que traverse le nerf affecté. M. Grisolle (2) admet aussi qu'une tumeur des os ou du périoste, en comprimant un nerf, le rend douloureux ; mais en dehors de cette cause, ajoute-t-il, le virus syphilitique semble parfois modifier le nerf d'une manière occulte. L'observation n° XXXIV nous montre une tumeur gommeuse comprimant le nerf sciatique ; les observations n°s XLII et XLIII nous fournissent des exemples de névralgie du cubital déterminée par la compression qu'exerçaient sur ce nerf des tumeurs volumineuses siégeant au bras et à l'avant-bras.

Il faut cependant faire remarquer que des gommes d'un volume considérable peuvent siéger au voisinage des nerfs sans qu'elles déterminent aucun phénomène névralgique ; c'est ce qui est prouvé par une de nos observations : une tumeur gommeuse du cordon testiculaire n'avait jamais fait éprouver aucune douleur au malade.

Les épanchements plastiques musculaires, qui déterminent des rétractions, occasionnent aussi des douleurs névralgiques, probablement en englobant dans leur intérieur les troncs nerveux, ou peut-être par la compression que les muscles tendus exercent sur les nerfs qui sont en rapport avec la partie lésée. L'observation n° 44 démontre l'évidence de ce fait, et ne

(1) *Union médicale*, 24 janv. 1850.

(2) *Pathologie interne*, t. II, p. 588, 8e édit. Paris, 1861.

s permet pas d'adopter l'opinion de M. Notta la rétraction qui serait déterminée par un raccissement du muscle, et principalement de sa ie tendineuse (1).

es ganglions lymphatiques engorgés par la diathèse ilitique pervertissent les fonctions des branches veuses avec lesquelles ils ont si fréquemment des nexions anatomiques, et donnent ainsi lieu, soit à paralysies, soit seulement à des névralgies, selon le ré de leur volume et la disposition des tissus qui les ironnent. Ils produisent, en effet, plus ou moins de ordres selon le degré de résistance qu'opposent à développement les parties circonvoisines. Un glion, par exemple, lors même qu'il n'aurait qu'un t volume, produirait une grande perversion dans fonctions d'un nerf s'il siégeait dans un conduit ux traversé par ce dernier.

'iritis syphilitique détermine presque toujours des leurs névralgiques dans quelques branches de la uième paire, le plus souvent dans les branches ntales, sus-orbitaires et temporales. Ces douleurs vent être expliquées par l'invocation d'une action exe; en effet, l'iris reçoit ses nerfs sensitifs de la uième paire par le ganglion ophthalmique. La leur locale de l'œil est ainsi réfléchie sur les autres nches du nerf trijumeau; de là, les névralgies siént dans les diverses régions que nous avons énuées (voir les observations).

ymptômes. — On verra, en lisant nos faits, que les rses névralgies syphilitiques que nous avons obser- ont été presque identiques, quant à leurs symp-

Archives générales de médecine. Paris, 1856.

tômes, aux névralgies vulgaires, c'est-à-dire aux névralgies de cause non spécifique.

Ainsi, il existe des points douloureux à la pression, ou points névralgiques, comme les appelle Valleix; le prévertébral et le présternal pour les névralgies intercostales, etc.; c'est ce que la lecture de nos observations fera suffisamment ressortir. Parfois aussi l'hypéresthésie s'étend sur une plus grande surface et même sur la presque totalité de la région occupée par le nerf malade. Enfin, ces douleurs peuvent se diviser en deux classes : les unes continues augmentent par la pression et le mouvement; les autres instantanées et lancinantes parcourent le tronc nerveux, de manière que le malade peut indiquer du doigt le trajet du cordon douloureux.

L'accomplissement des fonctions qui exigent la contraction des muscles en rapport avec les nerfs malades exaspère la douleur ; l'acte de la respiration, par exemple, pour les névralgies intercostales. Lorsque le nerf de la cinquième paire est le siége de la névralgie, les diverses sécrétions auxquelles il préside se trouvent consécutivement influencées ; exemple : la sécrétion des larmes, du mucus nasal, de la salive. Le contact des substances dont la température est élevée augmente habituellement l'intensité des douleurs ; c'est ce qu'on voit dans plusieurs de nos observations. Néanmoins, l'eau froide déterminait, chez le malade de l'observation VIII, une sensation extrêmement douloureuse.

Ce n'est pas toujours pendant la nuit, comme on le prétend généralement, que ces douleurs syphilitiques atteignent leur summum d'intensité. Cette remarque ressortira de quelques-unes des observations insérées à la fin de cet article.

Cependant les malades qui font le sujet de la plupart

de nos faits ne souffraient presque pas pendant la journée; mais aussitôt couchés ils étaient en proie à des douleurs extrêmement violentes. Celui du n° VI, entre autres, était obligé de rester levé ou de s'appliquer, pendant toute la nuit, sur les parties douloureuses, des compresses imbibées d'eau froide.

Le traitement spécifique a si rapidement amélioré ces névralgies, qui toutes se sont définitivement dissipées au bout de quinze à vingt jours, qu'aucun doute ne peut être élevé sur leur nature spécifique, surtout quand on voit à combien de médications elles avaient précédemment résisté.

Outre ces névralgies classiques siégeant dans une région déterminée, nous en avons observé d'autres qui, mobiles quant à leur siége et d'une intensité violente, existaient en même temps que des troubles profonds de la motilité. De même que les premières, ces dernières névralgies existaient chez des individus qui, d'une manière évidente, étaient sous l'influence de la diathèse syphilitique. L'observation n° 56 nous fournit un tel exemple.

Chez ce sujet, les douleurs étaient précédées, à l'endroit même où elles devaient se déclarer, d'un frisson que le malade comparait à une secousse électrique. Peu après il survenait des souffrances excessivement aiguës qui, pendant plusieurs heures, lui arrachaient des cris déchirants. Nous sommes à nous demander si l'on doit classer l'histoire de ce malade parmi les névralgies générales.

Observation VI. — *Syphilis constitutionnelle.* — *Névralgie sciatique, exostose tibiale.* — Guérison par l'iodure de potassium.

M. X..., âgé de 35 ans, d'un tempérament sanguin et d'ordi-

naire d'un embonpoint marqué, originaire du Midi, eut en 1846 des crêtes de coq sans aucune autre manifestation, et fut soumis pendant plus de deux mois à un traitement mercuriel ; il ne présentait cependant aucun signe d'infection, et c'est à titre de prophylaxie que cette médication lui fut conseillée. Rien à noter jusqu'en novembre 1856. A cette époque, se trouvant en Afrique, il contracta un petit chancre siégeant au cul-de-sac du prépuce, à gauche. L'ulcération ne fut aperçue que trois jours après les relations sexuelles. M. X... fut cautérisé trois ou quatre fois au nitrate d'argent. Il n'a pas eu de bubon. Après la cicatrisation du chancre, il resta un noyau dur sur lequel le médecin faisait faire des applications d'onguent mercuriel, dans le but d'en obtenir la résolution. Pas de traitement interne. Quelques mois après, M. X... eut une éruption de taches très visibles au front ; puis une éruption pustuleuse envahit tout le corps. Il n'éprouvait qu'un peu de lassitude sans aucune espèce de douleur. Il ne croyait pas à l'existence de la syphilis constitutionnelle lorsque ses affaires commerciales l'obligèrent de revenir en Europe. Débarqué à Marseille, il fut conduit par un de ses amis chez le docteur Melchior Robert, qui diagnostiqua la syphilis et prescrivit un traitement mercuriel. Un mois après environ, il vint à Paris et consulta deux médecins dont l'un était M. Ricord.

A cette époque, avril 1857, il y avait plus de cinq mois écoulés depuis l'apparition du chancre. Le malade était couvert de taches cuivrées et violacées, abondantes surtout aux membres inférieurs. Ses ganglions inguinaux et cervicaux étaient très développés; mais il ne présentait aucun autre symptôme, si ce n'est un état général de faiblesse et de maigreur très prononcées.

Pendant trois mois et demi, il fut soumis à l'usage de l'iodure de mercure dont il prit de 5 à 30 centigrammes par jour, et aux fumigations de cinabre ; puis pendant deux autres mois il prit de l'iodure de potassium, 2 et 3 grammes par jour; les ganglions lymphatiques sont revenus à leur volume normal; le malade récupérant ses forces et son embonpoint suspendit tout traitement. Il faut noter cependant que l'on voyait encore quelques taches jaunâtres peu apparentes sur les membres inférieurs; il quitta la France et passa en Angleterre où il con-

tinua à se bien porter jusqu'au mois d'août 1858. A cette époque il commença à éprouver des douleurs dans les articulations des genoux et dans les deux tibias ; ces douleurs commençaient à se faire sentir lorsqu'il se mettait au lit ; elles étaient d'autant plus fortes que le malade avait plus chaud. Quelques jours après, aux douleurs précédentes qui augmentaient toujours d'intensité, vint s'ajouter une sciatique gauche qui le gênait par moments dans la marche et l'empêchait souvent de dormir. Les médecins qu'il consulta à Londres considérèrent tout cela comme rhumatismal, et lui conseillèrent de prendre des douches froides et d'envelopper les parties malades dans des serviettes mouillées au moment de se mettre au lit ; il trouva en effet beaucoup de soulagement dans l'emploi de ce dernier moyen ; les douleurs se calmaient par l'eau froide, mais d'une manière tout à fait momentanée ; aussi pour prolonger l'action du moyen thérapeutique, couchait-il avec les deux membres inférieurs entourés de linges humides. Lorsqu'au milieu de la nuit les compresses se réchauffaient, il fallait les retremper dans de l'eau froide, sous peine de ressentir de nouveau les douleurs et de ne pouvoir fermer l'œil.

Après avoir mis en usage ce moyen, ainsi que les douches froides pendant près de deux mois sans aucune amélioration permanente, il revint à Paris : c'était le 1er octobre 1858.

L'examen fait constater que sur les membres pelviens il existe encore quelques taches, à peine visibles, de l'éruption syphilitique dont nous avons parlé. Le malade nous apprend qu'il éprouve des douleurs vives sur le trajet d'une ligne qui, partant de la partie inférieure de la fesse gauche, se termine à l'espace poplité, montrant ainsi avec le doigt le trajet du tronc du nerf sciatique ; quelquefois, ajoute-t-il, la douleur descend jusqu'au voisinage du talon ; lorsqu'il éprouve des élancements, ceux-ci retentissent sur les parties latérales du genou et même jusqu'à la plante du pied ; la souffrance qu'il ressent alors est comparée par lui au passage d'une ligne de feu qui l'oblige, si elle survient pendant la marche, de fléchir fortement la jambe sur le genou et de s'asseoir. Cette douleur atteint rarement ce degré de violence pendant le jour ; c'est une fois couché que M. X... souffre de sa sciatique au point de ne pouvoir laisser sa jambe s'appuyer sur le lit ; la souffrance de-

vient alors insupportable. Indépendamment de cette douleur, il en survient d'autres dans les deux tibias et les genoux. C'est principalement dans le tibia gauche et à sa partie supérieure qu'elles sont le plus violentes.

La pression sur le trajet du nerf sciatique gauche, depuis la partie inférieure de la fesse jusqu'à l'angle inférieur du creux du jarret, réveille une douleur vive. Nous trouvons en outre deux points névralgiques sur les parties latérales de la région du genou, savoir : l'un au-dessous de la tête du péroné et l'autre à la partie postérieure du condyle interne du fémur. L'exploration la plus attentive ne fait découvrir aucune tumeur sur le trajet du sciatique. A la partie supérieure de la face interne du tibia, à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité interne, nous constatons l'existence d'une petite tumeur du volume d'un gros pois ; elle est comme incrustée dans le tibia par sa partie profonde. La pression y détermine un peu de douleur, et le malade nous apprend que c'est là un des points les plus douloureux pendant la nuit. M. X..., attentivement examiné, n'offre aucun autre symptôme remarquable.

L'iodure de potassium fut prescrit d'abord à la dose de 1 gramme dans un julep dont la moitié était prise le matin, et l'autre moitié le soir. Au bout de quatre jours la dose fut doublée, puis triplée. Le malade ne put dormir les premières nuits sans avoir recours à l'application de compresses froides ; le quinzième jour du traitement ce moyen ne fut pas employé ; néanmoins le sommeil fut assez bon. A partir de ce moment l'amélioration fut rapide. Vingt-cinq jours après l'institution de la médication iodée, la petite exostose tibiale avait complétement disparu, et quarante jours après son arrivée à Paris M. X... retournait à Londres débarrassé de toute espèce de douleurs. Conseil lui fut donné de continuer encore son traitement pendant deux mois. Ce qu'il a fait avec exactitude. La guérison de M. X... ne s'est pas démentie depuis.

Réflexions. — La névralgie du membre inférieur était certainement syphilitique chez ce malade qui n'avait eu auparavant aucune affection analogue.

Cette sciatique coïncida à son début avec le dévelop-

pement de douleurs ostéocopes et d'une exostose tibiale. Elle a rapidement cédé à l'iodure de potassium, en même temps que les autres accidents ont disparu.

Mais peut-on soupçonner une lésion des tissus fibreux ou osseux en rapport avec le nerf sciatique dont les fonctions étaient ainsi mécaniquement troublées? La présence d'une exostose tibiale légitimerait cette hypothèse, qu'aucune preuve ne peut néanmoins convertir en certitude.

Quoi qu'il en soit, nous ferons remarquer que chez ce malade, malgré les longs traitements qu'il avait suivis, il existait encore sur les membres inférieurs un témoignage certain de la présence de la diathèse syphilitique dans toute sa vigueur. Nous voulons parler des taches jaunes cuivrées que nous avons mentionnées dans l'observation.

Aussi, d'après les nombreux faits que nous avons recueillis, sommes-nous autorisé à penser que le médecin ne doit pas supprimer le traitement spécifique, tant qu'il reste sur une partie quelconque de la peau des taches cuivrées tant soit peu visibles. L'expérience nous apprend que dans ces cas on se fierait à tort aux fausses apparences d'une guérison qui ne serait qu'éphémère.

Observation VII. — *Névralgie intercostale syphilitique. — Guérison par les spécifiques.*

C..., marchand d'habits, âgé de 32 ans, brun, d'une forte constitution, entre le 25 novembre 1858 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, lit n° 15 (service de M. Piorry). Quoiqu'il n'ait rien changé à sa manière de vivre et qu'il se nourrisse bien, il est pâle et maigre depuis plusieurs mois.

A l'âge de trente et un ans, il eut un chancre, pour lequel il se fit admettre à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Puche,

cinq semaines après avoir remarqué qu'il avait une ulcération (juin 1857). M. Puche trouva que ce chancre était parcheminé, et il en découvrit un second nettement induré. C... avait en même temps une adénopathie inguinale double, des ganglions cervicaux et des plaques muqueuses à l'isthme du gosier. Il fut soumis à l'usage du proto-iodure de mercure. Nous ne savons à quelle dose ce médicament fut prescrit; mais à peine ce traitement fut-il suivi pendant une quinzaine de jours qu'on fut obligé de le suspendre et de soigner C... pour une maladie intercurrente qui nécessita une phlébotomie. Plus tard, C... sortit de l'hôpital et ne suivit plus de traitement spécifique.

Dix-sept jours après avoir quitté l'établissement nosocomial, il y entra de nouveau pour des accidents du côté de la gorge; ses ganglions cervicaux avaient aussi acquis un grand développement. M. Puche lui prescrivit de l'iodure de potassium; mais à peine C... en avait-il pris pendant cinq semaines qu'il voulut partir à toute force ; la gorge ne l'incommodait plus; les ganglions cervicaux avaient à peine diminué de volume.

Deux semaines après, il rentre encore au Midi avec une éruption abondante d'ecthyma syphilitique. A part cette éruption et le développement de ses ganglions, il n'avait aucun autre symptôme diathésique; C... était fort, frais, et se portait à merveille.

M. Puche le soumit pendant cinq mois à l'iodhydrate ioduré. Dès le vingtième jour de la médication, les boutons commencèrent à s'effacer; la disparition complète de l'éruption fut rapidement obtenue. En quittant l'hôpital, le malade n'avait plus trace de manifestations syphilitiques. C'était à peu près vers la fin de novembre 1857.

C... reprit son travail habituel qu'il continua sans rien éprouver de fâcheux jusqu'en septembre 1858. A cette époque, il commença à avoir de très-fortes douleurs de tête qui siégeaient au front et au sinciput, et qui se déclaraient *toujours la nuit, vers deux heures du matin;* leur durée était de deux à trois heures. Quelques jours après, des douleurs excessivement violentes se manifestèrent à la nuque; elles se faisaient sentir en même temps que celles de la tête. C... ne suivit aucun traitement; il continua l'exercice de sa profession.

Une douleur violente du côté droit, qui l'empêche par mo-

ments de respirer, et dont il souffre depuis quinze jours, l'a contraint de se faire admettre à l'hôpital.

Voici quel est l'état du malade au moment de son admission : il est pâle, maigre, faible ; il porte des cicatrices d'ecthyma profond ; les unes sont blanches et ressemblent à des cicatrices de cautères ouverts par la pâte de Vienne ; les autres sont violacées ou cuivrées. Il en a sur le front et sur le cuir chevelu ; mais les plus larges siégent sur les membres inférieurs. On voit, en outre, des pustules d'ecthyma de nouvelle poussée et en pleine suppuration ; elles sont disséminées par tout le corps. Cette éruption n'est le siége d'aucune démangeaison. Une grande cicatrice large comme une pièce de vingt sous, blanchâtre, indique l'endroit où a siégé le chancre parcheminé. Pas d'adénopathie inguinale ; mais les ganglions du cou sont assez volumineux.

Tous les soirs, après minuit, il éprouve des douleurs de tête affreuses ; douleurs violentes également dans la continuité des membres.

Depuis quinze jours environ il éprouve une douleur près du bord axillaire du scapulum droit, douleur qui rayonne vers la partie antérieure de la poitrine en contournant le côté. Les mouvements du bras correspondant exaspèrent cette douleur ; quand le malade veut porter le membre vers la tête, par exemple. Il ne peut se coucher sur le côté droit, car la douleur devient alors insupportable. Il souffre d'une manière non interrompue le jour et la nuit ; mais des élancements, comparés par le malade à des coups de canif, se produisent surtout pendant la nuit ; en même temps il éprouve des douleurs dans la tête et dans les jambes.

L'examen de C... nous fait constater qu'entre la troisième et la quatrième vertèbre dorsales, et sur une étendue large comme une pièce de deux francs, il existe une telle sensibilité que la moindre pression fait sauter le malade, en déterminant une douleur affreuse qui rayonne en avant vers le mamelon. A mesure qu'on se rapproche du bord axillaire de l'omoplate, la douleur à la pression diminue de plus en plus, et devient enfin nulle à ce dernier point ; mais dès qu'on dépasse ce bord en avant, on la retrouve au niveau du troisième espace intercostal et tout aussi violente. Le point le plus sensible à la pres-

sion siége à égale distance des deux côtes et au niveau de leur continuation avec les cartilages costaux. Il y a une telle hypéresthésie en cet endroit que le contact même le plus superficiel détermine une grande souffrance.

Lorsque le malade tousse, une vive douleur lancinante, se faisant sentir au point prévertébral, interrompt brusquement ses efforts. Toutes les autres parties du corps, minutieusement explorées, ne nous présentent rien de semblable. L'examen le plus attentif ne nous permet de découvrir aucune tuméfaction, rien d'appréciable sur le trajet de cette douleur. L'exploration de la poitrine par l'auscultation et la percussion ne nous révèle rien de notable.

Le malade est soumis à l'iodure de potassium à la dose de 1 et puis de 2 grammes par jour; il prend, en outre, une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure.

Quinze jours de traitement ont suffi pour faire disparaître les douleurs mentionnées. Le malade pouvait, à cette époque, exécuter tous les mouvements avec son bras droit, tousser et se coucher n'importe dans quelle position, sans éprouver aucune souffrance; mais la pression exercée avec une certaine force provoquait encore un peu de douleur. Les douleurs de la tête et des membres ont aussi considérablement diminué; par suite, le sommeil est bon et non interrompu. Les pustules d'ecthyma se cicatrisent; on n'en voit pas de nouvelles se produire. Le malade a repris un peu de ses forces. Malgré les conseils qu'on lui donne, il veut absolument quitter l'hôpital.

Il rentre le 5 janvier 1859. Il avait suspendu son traitement dès sa sortie de la Charité. Sa douleur névralgique est revenue, mais avec moins d'intensité. Des douleurs de tête et des membres le tourmentent toutes les nuits. Il porte une douzaine de pustules d'ecthyma récemment développées. Il est de nouveau soumis au traitement indiqué ci-dessus.

Le 25 janvier, douleurs nulles; l'éruption cutanée est en train de disparaître. Cette fois-ci il a résolu de rester à l'hôpital jusqu'à parfaite guérison.

Le 10 février, les taches syphilitiques pâlissent progressivement; les pustules d'ecthyma se sont cicatrisées; les douleurs des membres se sont dissipées, ainsi que la céphalalgie; il n'y

a plus trace de névralgie intercostale. Toutes les autres fonctions s'accomplissent normalement.

Réflexions. — Ce malade, atteint de syphilis constitutionnelle, n'a jamais suivi un traitement régulier. — La névralgie intercostale, survenue en même temps que des céphalées et des douleurs ostéocopes très violentes, et dissipée à deux reprises différentes, par l'effet d'un traitement anti-syphilitique, en même temps que les autres manifestations diathésiques, doit être nécessairement attribuée à la syphilis. Mais quelle était la lésion qui déterminait cette névralgie? En tenant compte de la période à laquelle est arrivée la syphilis constitutionnelle chez ce malade, il est permis de soupçonner une altération des tissus ostéo-fibreux qui avoisinent le nerf intercostal malade; altération qui siégeait peut-être au niveau du trou de conjugaison traversé par ce nerf. Quoi qu'il en soit, cette névralgie s'est dissipée au bout de quinze jours de traitement spécifique. Elle est revenue en même temps que les céphalées et l'éruption ecthymateuse, peu de temps après la suppression du traitement. Enfin, elle a de nouveau disparu, après vingt jours de traitement mixte par l'iodure de potassium et le proto-iodure de mercure.

Observation VIII. — *Névralgie syphilitique de la cinquième paire et des branches cervicales du facial; perte du goût. Ecthyma. Mercure. Guérison. Récidive. Syphilides tuberculeuses. Sarcocèle syphilitique.*

Michel G..., cocher, âgé de 46 ans, eut, dans ces six dernières années, et à plusieurs reprises, de l'herpès préputial, si l'on s'en rapporte à la description qu'il en donne; il eut aussi des ulcérations qui ont promptement disparu. On ne peut parvenir à savoir avec précision quel a été le moment d'infection chez lui. Il dit avoir eu à deux époques différentes des

chancres qui ont duré près de six mois chacun, l'un il y a quatre ans et l'autre il y a deux ans. Il n'a jamais eu d'uréthrite. Entre la première et la deuxième ulcération, il n'a eu aucune manifestation diathésique, bien qu'il ne fût soumis à aucun traitement. La dernière ulcération datait déjà de près de six mois, lorsqu'un jour le malade peu attentif se vit couvert de boutons ; c'était en juin 1857. Il s'empressa d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Charles, n° 7, dans le service de M. Gibert qui diagnostiqua un rupia syphilitique. Ce qui avait surtout obligé G... d'entrer à l'hôpital, c'était une névralgie faciale du côté gauche. En effet, depuis trois semaines il éprouvait une douleur très-violente derrière le bord postérieure de la branche verticale du maxillaire et au-dessous de l'oreille, entre le conduit auditif externe et le col du condyle.

Puis les douleurs ont suivi notamment le trajet du nerf temporal superficiel, en se dirigeant vers la tempe gauche et jusqu'au sinciput. Quelques jours après elles ont envahi toute la partie de la tête située au-devant d'une ligne verticale passant derrière le conduit auditif externe; elles parcouraient la tempe suivant des lignes divergentes de bas en haut; en même temps la moitié gauche de la face devient le siége de souffrances horribles qui rendent la mastication impossible; le contact même des aliments à la face interne de la joue, sur les dents, et à la voûte palatine gauche, produit des douleurs intenses; les corps froids, comme l'eau à 20°, exaspèrent les douleurs.

La sensibilité du côté gauche de la face et de la partie indiquée de la tête était telle, que non-seulement le malade ne pouvait se coucher sur ce côté, mais qu'il lui était impossible d'y toucher sans provoquer de vives souffrances; la région sous-orbitaire était surtout douloureuse; elle était le siége d'élancements très fréquents.

La sécrétion de la salive était tellement augmentée que le malade avait un véritable ptyalisme, quoiqu'il n'eût pas pris de mercure; la joue gauche était souvent mouillée par des larmes. La sécrétion nasale devenait très-abondante du même côté pendant les crises douloureuses. Les mouvements de la langue provoquaient des douleurs; aussi la parole était-elle pénible et embarrassée. Le goût enfin était tellement aboli à gauche que le malade n'y pouvait distinguer le sel d'avec le sucre.

Quelques jours après, les mêmes douleurs se sont irradiées inférieurement vers la région sus-hyoïdienne correspondante ; un élancement profond qui se produisait au-devant de l'oreille était le point de départ de la crise ; immédiatement après, les douleurs se propageaient dans toutes les directions mentionnées.

Le malade portait vivement la main à la face profondément altérée par de nombreuses grimaces. Après cinq ou six élancements répétés, les douleurs se dissipaient, pourvu que G... restât dans un repos absolu.

A cette époque, il avait en outre des ganglions cervicaux, des ulcérations de l'isthme du gosier et du rupia. Un traitement hydrargyrique fut prescrit immédiatement après son admission à l'hôpital. La névralgie disparut au bout de trois semaines.

M. G... resta à Saint-Louis pendant cinq mois ; il en sortit le 1er novembre imparfaitement guéri; car il avait encore des boutons de rupia. Depuis ce moment-là, il ne se soigna que d'une manière irrégulière.

En 1858, au mois de mai, il porte, outre ses cicatrices anciennes, des boutons de rupia profond en pleine suppuration, et des syphilides tuberculeuses sur les membres inférieurs. La voix est enrouée, discordante et non soumise à la volonté du malade, quant à la force qu'il veut lui imprimer.

Sarcocèle syphilitique droit ; la glande séminale n'a plus sa résistance physiologique, ni sa sensibilité normale à la pression; elle est petite, elle offre des irrégularités et une consistance fibreuse.

M. G... se soumet de nouveau au traitement spécifique ; mais il n'a jamais voulu suivre une médication complète. Iodure de potassium 2 grammes, et bi-iodure hydrargyrique à la dose de 5 milligrammes par jour.

Au mois d'octobre sa voix s'est éclaircie; il n'y a plus de tubercules cutanés; mais de larges taches cuivrées et violacées existent par tout le corps. Le testicule est moins dur, mais il est atrophié; cependant une pression un peu forte détermine de la douleur physiologique sur certains points.

Réflexions. — Cette observation nous présente un exemple de névralgie de la cinquième paire dont

plusieurs branches, surtout l'auriculaire et la sous-orbitaire, étaient vivement affectées; mais ce qui peut paraître insolite de prime abord, c'est la névralgie des branches cervicales du facial qui est un nerf moteur. Cependant, outre l'anastomose dans le conduit de Fallope, par le filet de Wrisberg, le nerf facial est rendu sensible par les filets que lui envoie le nerf temporal superficiel. Ses branches étant devenues mixtes, il n'y a rien d'étonnant qu'une névralgie du nerf trijumeau retentisse jusqu'aux branches du nerf facial, ou plutôt jusqu'à ses filets qui s'accolent aux rameaux du nerf facial pour se distribuer aux mêmes parties que lui.

L'abolition du goût chez ce malade, malgré les troubles du nerf facial, ne permettrait pas de conclure dans le même sens que notre observation nº 24, c'est-à-dire en faveur de l'opinion de Baglivi qui fait jouer un grand rôle à la corde du tympan pour l'exécution des sensations gustatives.

Enfin, chez ce malade, les douleurs existaient indistinctement le jour et la nuit, et troublaient toutes les fonctions présidées par les branches de la cinquième paire. Elles furent complétement dissipées à l'aide des mercuriaux.

Observation IX. — *Céphalées et névralgie syphilitique de toute la face, guéries par le mercure et l'iodure de potassium, à l'hôpital Saint-Lazare.*

Violette (Julie), 35 ans, marchande des quatre saisons, demeurant place Maubert, native du département de la Marne; venue à Paris il y a quinze ans, elle s'est fait inscrire immédiatement. — Il y a quatre ans, elle a eu un chancre pour lequel elle a été traitée à la maison de Saint-Lazare dans le service de M. Boys de Loury pendant un mois. Trois semaines environ après son départ de l'infirmerie, elle y est revenue pour des

accidents syphilitiques siégeant à la bouche. Soumise pendant six semaines à un traitement mercuriel, elle sortit guérie. Deux ans après son départ de l'infirmerie, elle a eu une maladie des yeux qui ne présentait extérieurement rien d'apparent; elle était dans l'impossibilité de se conduire dans les rues; elle conservait la faculté de voir les objets; mais elle n'avait pas conscience de leurs proportions; elle n'aurait pas reconnu une de ses amies qui se serait trouvée à ses côtés. Les personnes lui semblaient quatre fois de dimension ordinaire, et si elle fixait quelqu'un elle croyait apercevoir deux individus au lieu d'un; ils avaient tous les deux des proportions colossales (diplopie). Cependant il n'y avait pas de strabisme. Elle éprouvait en même temps des douleurs de tête épouvantables, douleurs qui se manifestaient le soir et siégeaient spécialement dans l'intérieur du crâne : *elle y ressentait comme des coups de marteau.* Elle ne pouvait pas se conduire elle-même. Elle se résignait à garder sa chambre ; et si elle se permettait de sortir, elle se faisait guider. Cet état a duré six semaines à peu près; sous l'influence d'un traitement spécifique et peu à peu, sa vue est revenue à son état normal, en même temps que les douleurs de tête ont complétement disparu. Depuis ces accidents, elle n'avait ressenti que quelques faibles douleurs de tête, et de plus rares en plus rares, jusqu'au moment où elle est allée consulter à l'infirmerie, c'est-à-dire, jusqu'au 8 décembre 1858.

A cette époque, elle se plaint de douleurs de tête excessivement violentes; ces douleurs se produisent la nuit seulement et dès que la malade se trouve réchauffée. Rien n'apparaît pendant le jour. Elles siégent principalement dans l'intérieur du crâne et vers la partie centrale, à la région frontale et à l'occiput. Quelque temps après le début des douleurs de tête et lorsqu'elles ont atteint leur summum d'intensité, la malade éprouve des douleurs qui s'irradient à la face dans toutes les directions et envahissent bientôt les régions nasales et frontales, sus-orbitaires et auriculaires. Le maxillaire inférieur est le siége en même temps d'élancements qui rayonnent vers les parties voisines. Ce pointillement si douloureux, qui siége à la face et qui ressemble aux souffrances qu'occasionnent des aiguilles profondément enfoncées, s'exaspère

bien davantage lorsque la malade se couche sur un des côtés de manière à appliquer une joue sur l'oreiller. Lorsqu'elle quitte son lit et se promène dans la salle, elles disparaissent entièrement.

Insomnie complète.

Traitement. — Une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure et 1 gramme d'iodure de potassium.

Le 15 décembre, sous l'influence du traitement, les douleurs ont sensiblement diminué; mais elles existent encore. — 2 grammes d'iodure de potassium. — Les douleurs ont disparu le 16 décembre, mais elles se sont montrées de nouveau le 17. — Le 18, il y a eu encore absence de douleurs; mais elles se présentent encore pendant la nuit du 19. — Iodure de potassium, 3 grammes.

3 janvier 1859. — La malade dit éprouver des douleurs insignifiantes; selon son expression, *ce n'est plus souffrir.* — Elle dort bien. — Guérie, elle quitte l'infirmerie le 16 janvier 1859.

OBSERVATION X. — *Névralgie intercostale du neuvième espace, coexistant avec une exostose costale. Syphilisation sans succès. — Gommes nombreuses. — Sarcocèle syphilitique; tubercule ulcéré de la langue. — Iodure de potassium. — Guérison.*

M. X..., officier d'infanterie, âgé de 23 ans, blond, à système musculaire bien développé, n'eut aucune maladie sérieuse pendant son enfance; il n'a jamais présenté les attributs d'une disposition scrofuleuse.

En septembre 1848, il eut pour la première fois une affection vénérienne. C'était un chancre du cul-de-sac du prépuce, qui fut pansé avec de l'onguent mercuriel. Ce chancre s'élargit et s'endurcit; les glandes des deux aines se sont développées, surtout celles du côté gauche; et à la suite d'une marche prolongée il fut obligé, vu les grandes douleurs qu'il éprouvait dans l'aine, d'entrer à l'hôpital de Brest où il resta pendant deux mois. On employa les antiphlogistiques localement (cataplasmes, sangsues, etc.), puis le proto-iodure de mercure; cent quatre-vingts pilules dont la composition nous est inconnue, déterminèrent une salivation après la disparition de laquelle

X... quitta l'hôpital sans aucun autre symptôme qu'un petit noyau dur au niveau de la cicatrice du chancre. X... continua à ne rien présenter jusqu'au mois d'août 1849; à cette époque, sans aucune cause connue, le testicule gauche prit un développement insolite. Il était lourd et douloureux au point d'empêcher le sommeil. Les cataplasmes et un suspensoir calmèrent momentanément les accidents; mais deux mois après, X... rentre à l'hôpital de Brest pour un abcès du scrotum à gauche.

D'après une note du confrère qui l'y soigna, le testicule était volumineux, irrégulier, bosselé, le cordon tuméfié, le scrotum distendu et violacé, les ganglions inguinaux engorgés et douloureux. L'abcès s'ouvrit et il s'éleva dans la plaie des bourgeons de la forme d'un champignon. Ce malade resta pendant trois mois et demi à l'hôpital; il prit de l'iodure de potassium et fut cautérisé à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure.

Pendant une année entière (de 1850 à 1851) il s'est très-bien porté et se croyait radicalement guéri.

En février 1851, des douleurs vives se manifestèrent au côté droit du thorax; douleurs qui furent soulagées momentanément par un vésicatoire. Elles augmentèrent ensuite d'intensité et se faisaient sentir particulièrement pendant la nuit; elles s'exaspéraient par la chaleur, et s'amoindrissaient par l'application d'un corps froid. En même temps la santé générale du malade était altérée et les forces diminuées. X... était maigre et pâle; pas d'éruption, rien aux muqueuses. Il rentra à l'hôpital de Cherbourg le 15 mai 1851. Le chirurgien reconnut une exostose siégeant sur la face externe de la partie moyenne de la troisième côte droite.

L'iodure de potassium prescrit à l'intérieur et les frictions avec une pommade iodurée ont produit un soulagement rapide. L'exostose disparut et le malade quitta l'hôpital. Il se porta bien jusqu'au 8 octobre 1851, époque à laquelle il lui est survenu des douleurs vives au niveau du temporal gauche, ainsi que profondément dans la nuque, le long de la branche et de la partie gauche du corps de la mâchoire, et dans l'orbite gauche sans aucun trouble de la vue. Amaigrissement, faiblesse, insomnie, puis ulcération de l'extrémité de la langue

s'agrandissant tous les jours et se creusant à tel point, qu'en six jours il y avait une dépression qui logeait la pulpe du petit doigt. Il entra alors au Val-de-Grâce, dans le service de M. Marchal, de Calvi.

La langue était volumineuse, très-dure, les ganglions sous-maxillaires tuméfiés, la parole impossible. Le chef de service reconnut un ulcère syphilitique; il ordonna une pilule d'iodure de mercure et plus tard quatre (nous ignorons la dose du médicament de même que pour les traitements antérieurs).

Au bout de quelques jours, M. Marchal proposa au malade de lui faire des inoculations syphilitiques pour hâter sa guérison; il y consentit. Nous passons tous les détails de ces tentatives comme tout à fait étrangers au sujet que nous traitons ici.

Après un séjour d'un mois et demi à l'hôpital, l'ulcère de la langue s'est cicatrisé; mais la santé générale était mauvaise; il éprouvait des douleurs dans la tête et dans les jointures. On continua les inoculations sans aucun autre traitement. Les douleurs augmentaient toujours, surtout celle du côté droit du thorax, qui rayonnait avec intensité vers la région sternale. Une pression même légère exercée sur la partie latérale droite et inférieure du sternum occasionnait des douleurs très-vives. En même temps il parut une petite tumeur dans la peau de la fesse droite et une autre au tibia; le 30 mars 1852, il se présente à la consultation de l'hôpital du Midi (de M. Ricord).

Le facies est pâle, terreux; X... est abattu, faible et manque d'énergie; il est en proie à une grande insommie.

Alopécie depuis un mois seulement. Dysphonie légère. La voix n'a pas son timbre normal; dyspnée. Après la moindre marche X... se fatigue très-facilement. Douleurs nocturnes au sommet de la tête. « Douleurs également nocturnes, mais se manifestant même dans le jour au niveau du neuvième espace intercostal droit avec point douloureux présternal et prévertébral; toute la peau de cet espace est douloureuse à la pression. Les douleurs que le malade y éprouve sont lancinantes et traversent tout l'espace intercostal. En outre, il y a d'une manière permanente des douleurs continues que le mouvement et la respiration profonde exaspèrent. X... ne peut se coucher sur le côté droit, on ne trouve rien d'appréciable à la palpa-

tion, à la région du sacrum entre les deux épines sacrées, il existe une tumeur grosse comme une noix, adhérente à l'os, fluctuante, sans battements, douloureuse à la pression; la peau qui la recouvre conserve ses caractères normaux. Une tumeur de même nature, mais plus petite, siége au niveau de la tubérosité du tibia droit, et une troisième à 2 centimètres au-dessous de la précédente.

X... porte de nombreuses cicatrices de tentatives de syphilisation.

Traitement. — Iodure de potassium 1 gramme, huile iodée 30 grammes par jour, tisane de saponaire, teinture d'iode pure sur les tumeurs.

Le 9 avril les douleurs sont nulles dans toutes les tumeurs qui ont manifestement diminué de volume; celles du neuvième espace intercostal sont très-supportables.

L'amélioration a été progressive depuis cette époque et le 20 avril la santé générale du malade est excellente. Il n'existe plus aucune tumeur, si ce n'est un petit noyau à peine sensible au niveau de la tumeur sacrée; le malade n'y éprouve aucune douleur soit à la pression, soit d'une manière spontanée; plus de trace de névralgie intercostale. Il continuera son traitement pendant deux mois encore.

Réflexions. — Cette observation est beaucoup trop explicite par elle-même pour que nous y fassions de longues remarques. Nous n'appellerons l'attention que sur l'existence simultanée d'une névralgie intercostale avec exostose d'une côte voisine. Serait-ce là la cause de la douleur; et de ce cas pourrait-on conclure que les névralgies syphilitiques reconnaissent pour cause déterminante une tumeur qui trouble les fonctions du nerf voisin? Nous avons vu des névralgies occasionnées évidemment par cette dernière cause. Chez ce malade la névralgie est revenue après la disparition de l'exostose. Cependant, comme il existait en même temps des tumeurs syphilitiques sur d'autres parties du corps, on serait en droit, jusqu'à un certain point, de soup-

çonner la présence d'une tumeur de même nature sur le trajet du nerf douloureux. Les antécédents du malade, la coexistence de la névralgie avec d'autres signes diathésiques de la syphilis, sa disparition rapide et complète à deux époques différentes par suite d'un traitement antisyphilitique, et en même temps que les autres manifestations de l'infection constitutionnelle se sont dissipées, nous confirment l'origine spécifique de cette affection.

Observation XI. — *Névralgie sus-orbitaire, frontale et temporale. — Iritis syphilitique. — Guérison par les mercuriaux.*

L... Nicolas, tonnelier, âgé de 25 ans, entre le 30 janvier 1852 à l'hôpital du Midi, salle 3, lit n° 11, service de M. Ricord. Constitution robuste; ses parents vivent bien portants; jamais de blennorrhagie.

Le 16 novembre 1851, quinze jours environ après le coït, il remarqua un chancre près du filet. Quelques jours après, deux autres ulcérations se sont montrées au voisinage ; il y appliqua de la cendre de pipe selon le conseil d'un ami. Les ulcérations se sont cicatrisées peu à peu. Le malade peu intelligent et inattentif ne peut nous dire s'il y avait de l'induration.

Depuis quinze jours il épouve des douleurs préarticulaires et il présente sur tout le corps une roséole syphilitique. A son entrée les ganglions des aines sont très-volumineux; il a une adénopathie cervicale et même axillaire ; douleurs préarticulaires qui s'exaspèrent pendant la nuit et qui sont soulagées par une pression forte; syphilide papuleuse, lenticulée, confluente, un peu furfuracée dans certains points ; alopécie; pas de céphalée, aucune autre manifestation.

Traitement. — Bichromate de potasse, 30 milligrammes à prendre en deux fois avec 30 grammes de sirop de pavots.

Après qu'il eut pris ce médicament pendant 15 jours sans aucun effet curatif, la dose en fut portée à 40 milligrammes. Sous l'influence de ce sel, le pouls est descendu à 55 par minute; le malade devint abattu, prostré, sans énergie.

Les gencives se sont gonflées et ulcérées au milieu de la

dernière molaire gauche. Le médicament est porté à 50, et 60 milligrammes par jour sans aucune modification de l'éruption syphilitique; le pouls s'abaisse à 40 et devient presque misérable.

Le 1er mars, il éprouve des coliques violentes. Son état général ne permet plus de continuer le bichromate.

Le 9 mars, il commence un traitement mercuriel : 2 pilules, de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure chacune.

Le 20 mars, le malade voit trouble de son œil droit; la conjonctive est très-injectée; cercle vasculaire précornéen; le champ pupillaire est trouble; synéchie postérieure du bord interne de la pupille; photophobie légère, pas de photopsie; douleurs sus-orbitraires commençant près de la grosse extrémité du sourcil et rayonnant de bas en haut, selon la direction de plusieurs lignes, vers le front et le sommet de la tête. 3 pilules, vésicatoire de la grandeur d'une pièce d'un franc au-dessus du sourcil.

Les jours suivants, aggravation des symptômes : la paupière s'œdématie; la partie inférieure de l'iris est irrégulière et offre une papule saillante.

Les douleurs névralgiques sont atroces. Elles incommodent le malade plus que le reste; elles siégent sur la moitié droite du front qu'elles sillonnent de bas en haut ainsi que la tempe correspondante. Elles sont lancinantes; le malade les compare à l'effet violent du fluide électrique. Dans l'intérieur même de l'orbite, il ressent des élancements violents. Ces douleurs se répètent toutes les quinze ou vingt minutes et plusieurs fois successivement. Dans ces moments là, l'œil pleure incomparablement plus que dans les intervalles; enfin il arrive fréquemment que la douleur orbitaire rayonne d'un autre côté, vers la région sous-orbitaire.

La pression en effet détermine une douleur vive en cet endroit; il est impossible au malade de la supporter au front, tellement la sensibilité y est grande. Enfin exercée sur la tempe droite, la pression provoque des douleurs aiguës qui rappellent celles que le malade éprouve spontanément. Sangsues à la tempe; onctions matin et soir à la région sus-orbitaire avec de l'onguent mercuriel belladoné.

Le 10 mars les douleurs névralgiques ont disparu ; mais, dans la partie inférieure de la chambre antérieure de l'œil, il y a un épanchement trouble. La vision est presque nulle. La syphilide cutanée commence à pâlir ; 5 pilules mercurielles. Le 21, 6 pilules. L'amélioration augmente progressivement.

Les jours suivants la vascularisation de la conjonctive et de l'iris disparaît ; le liquide trouble de la chambre antérieure se résorbe ; la pupille a repris sa forme naturelle, elle est cependant un peu allongée de haut en bas ; les douleurs névralgiques ne sont plus revenues ; l'éruption cutanée est éteinte.

Une stomatite mercurielle obligea de suspendre les pilules. L'hydrargyrisme vaincu par les purgatifs et par les acides employés sous forme de boissons et de gargarismes, le malade quitta l'hôpital. Il continua le traitement spécifique chez lui.

Réflexions.—L'iritis avait déterminé chez ce malade les névralgies frontale, temporale, sous-orbitaire ; névralgies qui ont disparu, dès que l'inflammation du diaphragme de l'œil diminua d'intensité, sous l'influence du mercure.

Il est très-commun de voir ces diverses névralgies accompagner l'iritis ; aussi n'en multiplierons-nous pas les exemples, quoique nous en possédions un certain nombre. Mais lorsqu'on cherche à se rendre compte de la manière d'être, de la cause qui produit ces douleurs nerveuses, on trouve qu'elle est toute différente de la cause des névralgies syphilitiques siégeant sur les autres parties du corps.

L'iris en s'enflammant devient douloureux lui-même ; les nerfs ciliaires émanent du ganglion ophthalmique dont la racine sensitive provient de la cinquième paire. On pourrait donc s'expliquer, jusqu'à un certain point, le développement des névralgies sur les autres branches du nerf trijumeau par une action réflexe dont le point d'irritation serait sur les nerfs ciliaires, dans la mem-

brane iris. C'est l'analogue de ce que l'on observe lorsqu'une dent cariée détermine une névralgie de la cinquième paire ou le tic douloureux de la face.

Observation XII. — *Syphilides tuberculeuses. — Tubercules ulcérés de la langue. — Névralgie syphilitique du nerf sous-occipital. — Guérison par les spécifiques.*

M..., typographe, âgé de 33 ans, habitant au n° 14 de la rue des Cordiers, eut un chancre en 1833 avec une adénite qui n'a pas suppuré. Il ne subit aucun traitement, et n'a remarqué d'autre accident qu'un peu de mal de gorge huit ou neuf mois plus tard. Ce n'est qu'un an après l'apparition du chancre qu'il s'adressa à un médecin. Celui-ci aurait constaté des ulcérations du gosier, une éruption cutanée sèche, dont la nature nous est inconnue, et une tumeur du volume d'une assez forte pomme qui siégeait à l'angle de la mâchoire, à gauche; tumeur qui n'a pas suppuré, qui rendait la mastication difficile, déterminait souvent de la dyspnée et de la suffocation ainsi que des douleurs au cou et à la face. Le médecin lui a prescrit des bains de sublimé, et de l'iodure de potassium. Deux mois de traitement régulier ont suffi pour tout faire disparaître ; le malade suspendit son traitement aussitôt après. Une éruption ulcéreuse profonde parut, il y a deux ans, à la partie supérieure et externe de la jambe gauche ; elle gagna de l'étendue progressivement, et, quelque temps après, elle revêtit la forme qu'elle présente aujourd'hui ; car elle a toujours persisté depuis (syphilide tuberculeuse).

Le 25 septembre 1858, il se présente à la consultation de l'hôpital du Midi. Il se plaint d'avoir, depuis quinze mois, des douleurs très-fortes à la partie postérieure de la tête; ces douleurs sont continues, mais avec exacerbations nocturnes. Le malade place lui-même le doigt sur le siége de la douleur ; c'est sur les parties latérales et supérieures de la nuque, en dehors de la saillie que forment les muscles trachéliens, en dedans et en arrière de l'apophyse mastoïde droite, dans la dépression située entre le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien. La pression en cet endroit, dirigée contre l'os occipital, détermine des douleurs que le malade ne peut sup-

porter (on sait que c'est là le siége du grand nerf occipital). Si, à partir de ce point, on monte en explorant vers le sinciput, on arrive sur une autre surface très-douloureuse, de la grandeur d'une pièce de quarante sous environ et qui est située sur le prolongement d'une ligne qui suivrait la direction de l'apophyse mastoïde, en haut et en arrière vers l'angle supérieur de l'occipital. La pression détermine sur cette surface une douleur moins vive que celle éprouvée au niveau de l'émergence du nerf de dessous les masses musculaires. Les douleurs spontanées que le malade y éprouve se répètent plusieurs fois dans l'espace de vingt-quatre heures. Par moment elles sont tellement violentes que le malade les désigne sous le nom de crises. Toute la partie supérieure de la tête, notamment la région occipitale droite, est alors le siége de douleurs lancinantes. Il y a des élancements violents, subits, et fréquemment une sensation qu'il compare à celle que produirait l'application rapide d'un fer rouge. Ces douleurs tout à fait superficielles sont quelquefois épouvantables la nuit. Le malade se promène alors et croit trouver ainsi du soulagement. Elles recommencent de plus belle dès qu'il a regagné son lit. Dans ces moments-là aucun contact ne peut être supporté à cette région, pas même celui du bonnet de nuit. Le malade ne peut souffrir qu'on touche aux cheveux de son occiput. Les mouvements de la tête sur la colonne vertébrale produisent toujours des douleurs violentes; aussi X... les évite-t-il soigneusement; cependant l'exploration ne permet d'y découvrir aucune tuméfaction.

Outre ces douleurs sous-cutanées que le malade lui-même place entre la peau et les os, il éprouve par moments des douleurs profondes, encéphaliques, déterminées comme par des coups de marteau; elles siégent tout à fait au sinciput. «Enfin lorsque ces douleurs profondes atteignent leur maximum d'intensité, ce qui arrive soit le jour, soit la nuit, le malade est pris d'étourdissements, et il lui arrive de tomber, mais en conservant toujours sa connaissance et en se rendant compte de ce qui l'entoure. C'est, dit-il, une espèce de vertige qui l'oblige de fermer les yeux et de s'affaiser.

Syphilides tuberculeuses de chaque côté, à la région externe et supérieure de la jambe, sur une surface plus grande qu'une

pièce de cinq francs. On y voit des tubercules dont les uns, ulcérés, présentent un fond gauffré, jaunâtre, les autres sont couverts de croûtes épaisses; enfin il y en a qui ne sont pas encore envahis par le travail ulcératif.

Il existe sur la partie antérieure et moyenne de la langue quatre tubercules ulcérés.

Traitement. — Tous les jours une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure.

Pendant deux mois ce traitement fut suivi avec toute la régularité possible. Consécutivement, les tubercules de la langue disparurent; ceux des jambes se sont presque tout à fait cicatrisés. Les douleurs de tête superficielles et profondes ont diminué progressivement. Le malade dort très-bien (25 novembre 1858). Depuis un mois, il n'a plus ces douleurs vives qu'il appelait crises; plus d'étourdissements, ni de vertiges; néanmoins la pression détermine encore une sensation douloureuse aux points sous-occipital et sus-mastoïdien, indiqués plus haut.

La santé générale est excellente. X... n'est plus dans cet état d'engourdissement et d'inertie physique et morale, dans lequel il se trouvait avant le traitement; il a de l'énergie, de l'entrain et des forces incomparablement supérieures à celles qu'il avait il y a deux mois. Il continuera son traitement.

Interrogé sur sa famille, le malade nous apprend qu'en 1852 sa femme eut un enfant qui vit encore et se porte très-bien; mais en 1854 (c'est en 1853 qu'il eut son chancre) sa femme avorta au quatrième mois de sa grossesse. Plus d'enfants depuis cette époque. Nous avons revu ce malade le 5 février 1859; il est définitivement guéri de toutes les manifestations syphilitiques.

Réflexions. — La marche et la forme de la névralgie sous-occipitale chez ce malade sont tout à fait identiques à celles des névralgies ordinaires. Les exacerbations nocturnes, sont souvent observées même dans les névralgies non spécifiques.

La chaleur accroît d'une manière générale ces

douleurs, quelle qu'en soit la cause. Peut-être aussi le malade, non distrait par les circonstances extérieures et concentré en lui-même pendant la nuit, réfléchit davantage à ses souffrances. Enfin la plupart des névralgies se calment par le froid appliqué localement; de sorte que d'après ce que nous avons vu nous-même, nous n'accordons pas une confiance *illimitée* aux exacerbations nocturnes causées par la chaleur du lit, lorsqu'il s'agit de discerner les douleurs syphilitiques; mais des preuves incontestables nous démontrent que celles de ce malade étaient de nature spécifique. Aussi ont-elles disparu sous l'influence du traitement dirigé contre la vérole.

Quelle était la cause immédiate de cette névralgie? Si nous tenons compte de la période de la syphilis chez ce malade, nous sommes autorisé à soupçonner, avec toute la réserve qu'exige une telle présomption, qu'une lésion des tissus fibreux en rapport avec le tronc du nerf sous-occipital, en comprimant ce nerf, donnait naissance aux douleurs névralgiques.

Enfin nous devons insister sur les étourdissements que ce malade éprouvait, lorsque les douleurs encéphaliques et névralgiques avaient atteint leur maximum d'intensité. Ces phénomènes cérébraux existent fréquemment lorsque les céphalées sont très-violentes, et peuvent trouver une explication satisfaisante dans la congestion cérébrale que celles-ci déterminent par leur prolongation et par leur acuïté. Aussi voit-on, chez certains syphilitiques et dans ces moments d'atroces douleurs, une exaltation cérébrale qui peut aller jusqu'au délire.

Quoi qu'il en soit, toutes les expressions symptomatiques de la syphilis se sont dissipées chez M..., grâce

au traitement antisyphilitique, et cela sans l'intervention des toniques ou des ferrugineux. Il ne serait donc, en aucune façon, rationnel d'attribuer la névralgie sous-occipitale de ce malade à la diminution des éléments solides du sang ; ou bien faudrait-il admettre une chloro-anémie tout à fait spéciale qui, au lieu de s'aggraver par les diffluents, s'améliorerait et disparaîtrait en même temps que les autres accidents de la diathèse, par l'usage des antisyphilitiques.

OBSERVATION XIII. — *Névralgie de la voûte palatine et des nerfs dentaires supérieurs du côté gauche; roséole syphilitique; plaques muqueuses des piliers et des amygdales; névralgie intercostale, céphalées.*

X..., marchande des quatre saisons, veuve depuis un an, entre à la Charité, dans le service de M. le professeur Piorry, le 15 novembre 1858.

Elle éprouve des douleurs dans tous les membres, depuis vingt jours environ et principalement la nuit; elle souffre également de maux de tête assez intenses.

Elle se plaint surtout actuellement d'une douleur frontale très-violente. Elle présente partout le corps de grandes taches de roséole syphilitique, d'une coloration un peu bistre et sans démangeaison. Ces taches ont été d'abord rouges.

Adénopathies cervicale, mastoïdienne et inguinale double.

Éruption pustuleuse du cuir chevelu ; alopécie, depuis dix jours environ; taches violacées assez abondantes sur le front, simulant la couronne de Vénus.

Depuis dix jours environ mal à la gorge. On voit sur les piliers antérieurs des plaques muqueuses s'étendant jusqu'aux piliers postérieurs. Émollients et sulfate de quinine.

Depuis dix jours, dit-elle, la voûte palatine est devenue sensible à un tel point que l'application de la langue y réveille une vive douleur en certains moments. Cette douleur est spontanée, mais c'est surtout pendant la mastication qu'elle devient violente

La malade peut ouvrir la bouche. Elle n'a pas de dents cariées en haut et à gauche. Inférieurement il lui en manque trois du même côté. Il n'y a ni gonflement ni rougeur de la partie dont la malade se plaint.

Si on introduit l'index dans la bouche et qu'on explore la voûte palatine, la malade se retire et crie, dès qu'on touche à la partie gauche du palais ; elle dit que la douleur lui répond jusque dans l'oreille. On ne voit aucune tuméfaction, on ne sent aucune fluctuation sur la partie douloureuse. Le doigt n'y fait percevoir aucune augmentation sensible dans la température. La langue est indolente et le goût conservé.

Dès que les aliments sont introduits dans la bouche, la malade les avale en portant la langue à droite et en évitant autant que possible de les mettre en contact avec la partie douloureuse. Si leur température est un peu élevée, ou un peu basse, elle souffre beaucoup, lors même que les aliments ne touchent qu'aux dents. Enfin l'eau à la température de la salle lui donne, lorsqu'elle est en contact avec le palais, une sensation de chaleur très-prononcée. Aussi depuis deux jours se condamne-t-elle à une abstinence presque absolue. Les douleurs spontanées de la voûte se manifestent indistinctement, le jour ou la nuit, et conjointement avec les céphalées. Enfin cette malade a une névralgie intercostale du quatrième espace droit avec deux points douloureux, le prévertébral et le présternal. Elle y éprouve des élancements plusieurs fois dans la journée, ne peut se coucher sur ce côté et souffre quand on y presse.

Elle ne sait pas si elle a jamais eu un chancre. Elle n'a subi aucun examen et ne s'y prête pas volontiers. Elle n'a jamais pris de mercure.

Avant son entrée à l'hôpital, on employa sans succès les émollients et les narcotiques. Dès son admission elle est soumise au traitement mercuriel ; une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure par jour.

Malheureusement la malade ne resta que dix jours dans le service. Il est cependant à remarquer que le jour de sa sortie les douleurs étaient beaucoup moins fortes ; la malade pouvait manger avec bien moins de souffrance et l'exploration par l'index déterminait peu de douleur.

La névralgie intercostale, les douleurs de tête et celles des membres avaient aussi sensiblement diminué.

Réflexions. — Nous voyons chez cette malade, et conjointement avec des accidents syphilitiques secondaires, une névralgie affectant quelques-unes des branches du nerf trijumeau et coïncidant avec une autre névralgie occupant un nerf intercostal.

La persistance de ces douleurs, malgré les moyens employés avant la constatation de la diathèse syphilitique, et la prompte amélioration qu'ont amenée les mercuriaux, nous autorisent à reconnaître la nature syphilitique de ces maladies douloureuses.

Observation XIV. — *Plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. — Névralgie intercostale. — Névralgie du petit nerf sciatique.*

A l'hôpital du Midi, salle n° 1, lit n° 6, service de M. Ricord, est entré, le 9 novembre 1858, le nommé B..., maçon, âgé de 21 ans. Il y a dix-huit mois, ce malade a contracté plusieurs chancres qui ont duré quarante jours.

Immédiatement après leur apparition, on prescrivit la liqueur de Van Swieten. Nous ignorons la dose à laquelle ce médicament fut administré, ainsi que la durée du traitement.

Quatre mois plus tard, une éruption de boutons s'est manifestée sur tout le corps; mais le malade ne peut fournir aucun renseignement ni sur le diagnostic du médecin, ni sur la nature du médicament qu'il a pris pour faire disparaître ces accidents.

Il y a onze mois, il eut de nouveau un chancre pour lequel il n'a suivi aucun traitement. Il n'a éprouvé aucun accident consécutivement.

Le 12 novembre, nous examinons B..., que nous trouvons dans l'état suivant : il porte des plaques muqueuses à la bouche, aux lèvres, à la face interne des joues, ainsi qu'à l'anus où elles sont végétantes.

Il existe une névralgie intercostale du septième espace, à

gauche; on trouve à la pression un point douloureux situé en dehors de la colonne vertébrale. Il occupe une étendue d'environ 3 centimètres. Un autre point un peu moins considérable siége sur la ligne prolongée du mamelon.

Le malade se récrie vivement quand on y exerce une pression même assez faible. Il ne peut se coucher sur le côté, et de temps en temps il éprouve des élancements violents sur le trajet du nerf intercostal, élancements qui suspendent sa respiration, momentanément.

S'il élève fortement le bras gauche vers la tête, ce mouvement provoque des élancements dans l'espace intercostal malade.

La pression exercée sur le bras nous a fait constater un point douloureux à sa face interne, au point de réunion de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Ce point douloureux occupe une surface ayant 4 centimètres de longueur sur 3 de largeur. La pression y réveille une douleur intense qui s'accompagne aussitôt d'élancements semblables à ceux que le malade éprouve spontanément.

A la réunion de la première pièce du *sacrum* avec la seconde, la pression fait naître une douleur très-vive qui se développe spontanément quand le malade est couché sur le dos ou sur le côté gauche.

A la face externe de la fesse gauche on trouve deux endroits où la pression réveille de la douleur dans une étendue de deux centimètres environ. L'un de ces points est à 3 centimètres au-dessous de l'épine iliaque postérieure, l'autre siége au milieu de la face externe de la région fessière.

En pressant sur ce dernier point, on détermine une douleur dans le scrotum du côté gauche, qui est très-sensible même à la pression directe. Enfin il existe un point douloureux dans une étendue de 3 centimètres, à la face postérieure de la jambe, vers sa partie moyenne.

La partie supérieure et postérieure de la cuisse est le siége d'une *anesthésie cutanée presque absolue.*

Pendant la nuit, des douleurs spontanées s'irradient du côté de l'aine, du scrotum, vers la partie externe de la région fessière et la face postérieure de la cuisse.

Comme on le voit, ces douleurs suivent assez exactement le

trajet du petit nerf sciatique. La marche a souvent pour effet de provoquer de semblables souffrances.

Traitement. — Une pilule de 5 centigrammes de protoiodure de mercure.

Le 20 novembre, il s'est manifesté une amélioration sensible dans l'état du malade; on porte la dose du médicament à 10 centigrammes.

Le 10 décembre, il ne reste plus aucune trace de douleur intercostale. Une exploration attentive nous permet de constater qu'il existe encore un point douloureux à la face externe de la fesse gauche. Tous les autres points douloureux précédemment décrits ont disparu. L'anesthésie cutanée ne s'est pas encore complétement dissipée. Les mouvements, la marche, le décubitus latéral gauche, ont cessé de provoquer des douleurs chez le malade. Les plaques muqueuses n'existent plus. B... quitte l'hôpital à la fin du mois de décembre.

Réflexions. — Nous voyons chez ce malade un exemple de névralgie siégeant sur le trajet du quatrième nerf intercostal gauche, et coïncidant avec une affection identique du petit nerf sciatique du même côté, ainsi que *les nombreux* points douloureux, attentivement décrits plus haut, nous en fournissent la certitude.

Ce malade était évidemment sous l'influence de la diathèse syphilitique. La présence des plaques muqueuses le prouve surabondamment. Il n'a jamais éprouvé de douleurs névralgiques avant cette époque. Enfin celles-ci ont rapidement disparu par l'usage du mercure. Voilà donc trois preuves suffisantes pour reconnaître la nature syphilitique de ces névralgies. Nous ne croyons pas qu'on puisse admettre chez ce malade la compression des nerfs affectés par des tumeurs. Outre que cette supposition serait tout à fait gratuite et non fondée sur les résultats de l'exploration, la sy-

philis n'avait pas encore atteint la période à laquelle se développent les tumeurs.

Enfin ce malade n'étant point chloro-anémique, nous pensons que chez lui la syphilis a agi directement sur le système nerveux, comme elle le fait si fréquemment en développant de très-bonne heure les céphalalgies, les douleurs dans les membres, etc.

OBSERVATION XV. — *Névralgie des branches cervicales superficielles. — Tumeur gommeuse sternale. — Douleurs ostéocopes, etc. — Accouchement avant terme d'un enfant vérolé. — Traitement mixte; disparition presque complète de la névralgie dans l'espace de six semaines; diminution évidente des autres manifestations.*

M..., lingère, non mariée, âgée de 23 ans, d'une constitution lymphatique, entre à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, service de M. Becquerel, le 28 novembre 1858. Elle est faible, pâle et un peu maigre. Cependant elle n'offre ni dans les vaisseaux du cou, ni à la région précordiale aucun bruit pathologique.

Elle n'a jamais eu aucune maladie grave. Ses parents vivent bien portants. Elle n'a jamais éprouvé aucune douleur névralgique ou autre.

Il y a deux ans, elle entra à Lourcine pour un écoulement vaginal. Elle n'y fut soumise à aucun traitement mercuriel. Elle resta à l'hôpital jusqu'au mois d'août 1858 sans présenter aucune manifestation syphilitique. Depuis qu'elle est sortie de Lourcine, elle n'aurait rien présenté du côté des organes génitaux.

Il y a huit mois elle fut couverte de boutons, ses cheveux ont commencé à tomber pour la première fois, en même temps qu'elle éprouvait des douleurs à la tête et dans les membres.

Il y a deux mois elle accoucha d'un enfant vivant, mais jaune, non développé et qui mourut trois semaines après; cet enfant était couvert de taches; l'accouchement eut lieu pendant le huitième mois de la grossesse, dans le service de M. Horteloup, à l'Hôtel-Dieu.

Lorsque la malade entra à la Pitié, elle portait des rhagades

entre les orteils, une tumeur du volume d'une noix à la fourchette du sternum, des taches livides d'ecthyma disséminées sur tout le corps, et des ganglions sterno-mastoïdiens et occipitaux très-développés.

Cette tumeur sternale offre tous les caractères des tumeurs gommeuses ; elle n'est pas douloureuse à la pression, elle est évidemment fluctuante ; la peau qui la recouvre conserve ses caractères normaux ; elle s'est développée d'une manière assez rapide.

La malade éprouve pendant la nuit des douleurs vives dans les os des membres, et des céphalées qui l'empêchent de dormir. Le membre supérieur gauche est très-faible ; la malade ne peut serrer qu'incomplétement avec la main de ce côté. Elle se plaint principalement de douleurs vives qui rayonnent vers le côté gauche du thorax et vers la partie supérieure de l'épaule correspondante, en même temps qu'elles remontent vers la tête, en traversant la région mastoïdienne. Ces douleurs ont leur point de départ au cou d'où elles s'irradient dans les sens que nous avons indiqués. Elles sont accompagnées d'un sentiment de chaleur dans le cou et la moitié gauche de la tête. Telle est la sensibilité de ces parties pendant la nuit, que la malade ne peut se coucher que sur le côté droit.

En même temps que ces douleurs se manifestent, l'oreille correspondante est le siége de sifflements, de bourdonnements et d'élancements parfois très-violents.

L'examen du cou nous fait constater à gauche un chapelet de ganglions, rangés le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien ; mais on en voit également du côté opposé où il ne siége aucune névralgie.

La contraction du sterno-mastoïdien gauche, lorsque par exemple la face est portée activement vers le côté droit, et la contraction simultanée des deux muscles semblables, pour approcher le menton de la colonne vertébrale, déterminent des douleurs vives à gauche. La malade ne peut accomplir ces mouvements que très-imparfaitement. Le muscle sterno-mastoïdien gauche est plus volumineux et tuméfié, surtout à sa partie postérieure. Y aurait-il un épanchement plastique comprimant ou englobant les nerfs, cervicaux superficiels, auriculaire, et mastoïdien ? Ou bien des ganglions volumineux

siégeant au niveau de l'émergence de ces branches du plexus cervical détermineraient-ils par compression mécanique ces douleurs névralgiques? Tout le côté gauche du cou est tuméfié au point que l'exploration est elle-même difficile et douloureuse. Quoi qu'il en soit, en comprimant, même médiocrement, la partie moyenne du sterno-mastoïdien, on provoque ces douleurs qui d'un côté montent vers le sommet de la tête et s'irradient vers l'oreille, tandis que d'autre part elles descendent vers l'épaule et la partie supérieure de la poitrine, en croisant la direction de la clavicule.

L'exploration de la moitié gauche de la tête nous fait découvrir un point très-douloureux sur l'apophyse mastoïde. Cette surface douloureuse est de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Enfin en examinant la partie antérieure de la clavicule, on arrive sur une surface névralgique longue de 2 centimètres, surface sur laquelle la pression même la plus légère produit une douleur qui rayonne vers la partie supérieure et antérieure du côté gauche de la poitrine. Il n'y a rien de semblable du côté opposé.

La malade est soumise au traitement mixte : une, puis deux pilules de proto-iodure de mercure, chacune de $0^{gr},05$. Iodure de potassium, 1 gramme par jour. Ce traitement continué pendant six semaines a produit une amélioration remarquable dans toutes les manifestations syphilitiques ; la tumeur du sternum a diminué de moitié ; les douleurs des membres, de la tête, et les douleurs névralgiques des branches superficielles du plexus cervical gauche existent à peine, et n'empêchent plus le sommeil. Les mouvements du cou et de la tête sont possibles sans douleur ; mais la malade souffre encore, si elle les exécute brusquement.

Les ganglions n'ont pas diminué de volume. Néanmoins la région sterno-cléido-mastoïdienne gauche n'est pas aussi tuméfiée, et la pression exercée sur les points précédemment décrits ne détermine plus qu'une douleur très-supportable.

La malade sort de la Pitié pour entrer dans un service spécial, à l'hôpital de Lourcine.

Réflexions. — Nous voyons chez la malade qui fait le sujet de cette observation, une diathèse syphi-

litique nettement établie par des exostoses, par des syphilides, par l'accouchement avant terme d'un enfant marqué du sceau de la vérole, produire des douleurs névralgiques siégeant dans les branches du plexus cervical superficiel, branches qui se distribuent à la tête ou à la partie supérieure de la poitrine. Ces douleurs n'avaient jamais existé antérieurement, et elles ont cédé à un traitement antisyphilitique.

Ces douleurs étaient bien réellement occasionnées par la syphilis; car la malade n'offrait aucun signe tranché de chloro-anémie. Elles se sont d'ailleurs dissipées sans que cette femme ait été soumise à un traitement tonique.

Mais quel était le mode de production de ces névralgies? La tuméfaction du cléido-mastoïdien gauche, la difficulté que la malade éprouvait dans la contraction de ce muscle, la douleur déterminée par la pression et par les mouvements actifs de la tête, tous ces signes réunis nous portent à admettre l'existence d'un épanchement plastique dans le tissu musculaire, épanchement plastique qui englobait les branches nerveuses affectées de névralgies.

Dans le numéro du 16 janvier 1858 de la *Gazette des hôpitaux* se trouve un fait analogue tiré de la clinique de M. Nélaton; il s'agissait d'un épanchement plastique déterminé par la syphilis et siégeant à la région sterno-cléido-mastoïdienne. Malheureusement la malade n'a pas été examinée au point de vue de la névralgie. Il est dit seulement dans l'observation que cette femme *ressentait des douleurs contusives qui se manifestaient par crises à des heures indéterminées*, et indistinctement le jour ou la nuit. La pression provoquait aussi de semblables douleurs. Cependant il faut faire remarquer que ce n'est

pas là une loi constante. Au contraire, dans ces épanchements plastiques, il n'y a habituellement aucune irradiation douloureuse vers les nerfs voisins, comme on le voit dans les faits cités par MM. Bouisson, Vidal et Ricord (1). Il faut cependant avouer que, dans la plupart des cas, la névralgie n'a point été recherchée.

OBSERVATION n° XVI.—*Névralgie faciale syphilitique déterminée par une exosto-périostose. — Traitement spécifique. — Guérison rapide.*

Le 3 février 1860, il est entré à l'hôpital de la Pitié, dans la salle Saint-Raphaël, service de M. Becquerel, le nommé Meurice, porteur aux Halles, âgé de 26 ans.

Cet homme eut, en 1854, une uréthrite et en même temps trois petits chancres accompagnés d'une adénite inguinale qui n'a pas suppuré. Un mois après avoir remarqué les ulcérations, le malade s'est fait admettre à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord.

Cependant M. Leclerc l'avait soigné avant qu'il ne fût reçu à l'hôpital; il le soumit à un traitement mercuriel qui fut continué à l'hôpital, et même après que le malade avait obtenu son *exeat*, c'est-à-dire en tout pendant six mois.

Aucune manifestation constitutionnelle ne parut chez Meurice, soit pendant son séjour dans le service de M. Ricord, soit avant ou après. L'induration du chancre et l'adénite inguinale avaient suffi pour établir le diagnostic de la diathèse.

Nous ne savons à quelle dose les mercuriaux furent prescrits par M. Leclerc. A l'hôpital du Midi, le malade prit deux pilules d'iodure de mercure par jour, et nous savons que les pilules distribuées dans ce service étaient de 5 centigrammes chacune.

Depuis qu'il a quitté l'hôpital du Midi jusqu'à il y a sept mois, le malade n'eut aucun symptôme dénotant chez lui la persistance de la maladie syphilitique; il n'a pas contracté non plus d'autres accidents vénériens, ni chancre, ni uréthrite.

Au mois de juillet 1859, il remarqua que la paupière inférieure était comme gonflée, soulevée et poussée en avant.

(1) *Gazette médicale de Paris* de 1856.

Quelque temps après, il lui est survenu une névralgie dentaire supérieure gauche très-intense, non occasionnée par l'état des dents, puisque le malade n'en avait pas de cariées.

Peu de jours après, des douleurs violentes se firent sentir à la clavicule gauche. Plus tard, la névralgie, limitée d'abord à la joue et aux dents, envahit tout le côté gauche de la face. Ainsi le malade était en proie à une névralgie faciale très-violente.

M. souffrait continuellement et indistinctement le jour ou la nuit, avec exacerbations nombreuses dans l'espace de vingt-quatre heures. Ces paroxysmes survenaient à coup sûr toutes les fois que le malade se trouvait dans un endroit chaud; ils étaient accompagnés de larmoiements et d'augmentation de la sécrétion salivaire. Deux médecins consultés par le patient diagnostiquèrent une névralgie rhumatismale de la face, sans attacher aucune importance à la déformation de la paupière, et ordonnèrent des bains de vapeur. Ce qui contribua à les induire en erreur, c'étaient des douleurs également intenses siégeant au niveau de la clavicule gauche et s'irradiant jusqu'à la partie antérieure de la poitrine et même jusqu'à l'épaule; peut-être aussi la continuité des douleurs qui n'étaient pas spécialement nocturnes; caractère que la plupart des praticiens recherchent avant de prononcer le mot syphilis. Néanmoins la clavicule elle-même était déformée, de sorte qu'un examen local, même peu attentif, aurait mis sur la voie du diagnostic.

Au moment où Meurice est admis à la Pitié, il présente une exostose de la clavicule droite près de son extrémité interne. Le périoste paraît soulevé par un épanchement plastique. La tumeur que présente la clavicule est jusqu'à un certain point dépressible. Cet examen provoque des douleurs au malade.

Mais la lésion qui attire le plus l'attention, c'est une tumeur siégeant sur l'os malaire gauche, tumeur qui soulève la paupière inférieure et qui transforme en saillie le creux de la joue, que l'on voit très-accusé du côté droit. Ainsi, en comparant le côté droit au côté gauche de la face, on trouve que l'os malaire est gonflé, que la partie de la base de l'orbite qu'il constitue est poussée en avant. Enfin la partie voisine de l'os maxillaire est elle-même gonflée et saillante; de sorte qu'au lieu d'une dépression on rencontre une saillie à la région sous-orbitaire.

Nous croyons évaluer cette tuméfaction avec assez d'exactitude en disant qu'elle représente la moitié d'une grosse noix. La pression pratiquée sur cette tuméfaction amène des douleurs que le malade ne peut supporter, surtout lorsqu'elle est exercée à la partie correspondante au nerf sous-orbitaire. Une exploration attentive de toute la face ne fait pas découvrir d'autres points névralgiques. Les douleurs, que le malade éprouve d'une manière non interrompue, ont actuellement pour point de départ le nerf sous-orbitaire et les grosses molaires supérieures; de là elles rayonnent vers la joue et l'oreille. Jamais elles n'ont occupé les dents inférieures, ni le nerf mentonnier, ni le front. Elles sont cruelles, lancinantes, et parfois comparées par le malade à des décharges de la bouteille de Leyde. Meurice n'offre aucune autre manifestation de la syphilis : ainsi il n'éprouve pas de céphalée, il n'a pas de douleurs ostéocopes du côté des tibias, il ne présente finalement rien du côté de la peau ou des muqueuses.

Traitement. — Une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten matin et soir, 1 gramme d'iodure de potassium.

Ce traitement amena une amélioration si rapide que, six jours après l'admission de M... à la Pitié, les douleurs ont été assez faibles pour lui permettre de dormir d'une manière non interrompue toute la nuit. La tumeur n'avait pas encore sensiblement diminué de volume que la névralgie avait disparu complétement. Dix-huit jours de médication ont suffi pour débarrasser ce malade de toutes ses souffranees. La tumeur avait aussi diminué de près de moitié lorsque le malade réclama avec instance sa sortie. Il va sans dire que conseil lui fut donné de continuer avec régularité son traitement pendant deux bons mois encore.

Réflexions. — Il est inconcevable que les médecins consultés par ce malade n'aient pas reconnu la cause de cette névralgie. Il y avait, en effet, ici une lésion matérielle évidente qui attirait l'attention de prime abord. La tuméfaction de l'os malaire et du maxillaire supérieur avait certainement agi mécaniquement sur les branches nerveuses traversées ou en rapport avec ces

os, et déterminé ces douleurs violentes qui ont rapidement cédé au mercure et à l'iodure de potassium. Nous devons aussi insister derechef sur l'existence des douleurs, soit pendant le jour, soit durant la nuit. Enfin, notons en passant que le traitement mercuriel auquel Meurice fut soumis en 1854 empêcha l'apparition des symptômes secondaires. Sept ans après l'apparence d'une guérison radicale, des phénomènes tertiaires viennent révéler de nouveau l'existence de la diathèse endormie pendant ce laps de temps. La suite de l'histoire de ce malade justifia le diagnostic de syphilis obligée, posé en 1854, bien que le malade n'ait offert à cette époque aucune manifestation constitutionnelle.

OBSERVATION n° XVII.—*Tumeur gommeuse de l'aine.* —*Névralgie crurale.* — *Iodure de potassium.* — *Guérison.*

Valois, âgé de 45 ans, maçon, sanguin, de constitution bonne et robuste, entre le 12 octobre 1852 à l'hôpital du Midi, salle 4, n° 14, service de M. Ricord.

En 1831, étant soldat à la Martinique, il eut une uréthrite qui, après avoir duré très-longtemps, lui a laissé pendant douze ans une goutte militaire.

En 1847, chancre induré près de la couronne du gland, de deux mois de durée environ. Cinquante jours après, malaise, prostration et abattement tels que le malade fut obligé de cesser son travail. Quelques jours après, il remarqua que son corps était couvert de taches rouges, confluentes. Il eut une adénite inguinale gauche non suppurée.

En juillet 1847, il entra à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, avec les symptômes précités. Il fut soumis au proto-iodure de mercure pendant soixante-dix jours, et arriva jusqu'à la dose de 25 centigrammes par jour. Lorsqu'il quitta l'hôpital (au 1er octobre), toutes les manifestations syphilitiques avaient disparu, depuis longtemps.

En 1849, testicule syphilitique à gauche, pour lequel il entre dans la salle 2, lit n° 1. Il prit pendant deux mois de l'io-

dure de potassium jusqu'à 5 grammes par jour, et des amers. Il sortit de l'hôpital encore une fois guéri.

Ce n'est qn'en septembre 1852 que le malade, peu observateur, s'aperçut qu'il avait une tumeur dans l'aine gauche, tumeur dure, indolente, et du volume d'un œuf de poule. La peau qui la recouvrait conservait ses caractères normaux. A la même époque, il éprouvait des douleurs dans les os des jambes et à la face antérieure de la cuisse gauche. Ces dernières douleurs étaient fréquentes et superficielles, comme si elles résidaient dans la peau même.

Pâleur, faiblesse générale, anorexie.

Trois semaines après, la tumeur s'est percée spontanément, en occasionnant quelques douleurs à l'endroit même où elle siégeait.

A son arrivée à l'hôpital, X... porte à la partie tout à fait externe du pli de l'aine et au-dessous du ligament de Fallope, une tumeur gommeuse, ramollie et ulcérée. L'ouverture de la peau, oblique en dedans et en bas, présente une largeur de 3 centimètres dans sa partie moyenne et se rétrécit à ses deux extrémités comme une boutonnière. La peau qui la circonscrit est rouge violacé. Ses bords irréguliers sont taillés en biseau aux dépens de leur côté interne. Les parties environnantes sont dures et empâtées. La cavité consécutive à la destructicn de la tumeur peut contenir une grosse noix; elle est plus ample que l'ouverture cutanée. Au fond de cette excavation on remarque un tissu blanc jaunâtre qui la remplit en partie. La superficie de ce tissu blanc est ramollie et tombe en deliquium. Cette matière n'a pas d'odeur gangréneuse; elle est insensible, consistante, et crie un peu sous les ciseaux. Une partie ainsi enlevée a été examinée au microscope par M. Lebert. Cette tumeur est entourée de bourgeons charnus; car. ainsi que nous l'avons déjà dit, elle n'occupe que le tiers de la cavité. Cette substance blanchâtre diminue tous les jours de volume. Au dire même du malade, elle remplissait d'abord la totalité de l'excavation. Les pièces de pansement sont imprégnées d'un liquide séreux légèrement coloré en jaune ou en rouge.

Le malade n'accuse aucune douleur au siége de la tumeur; mais il en éprouve d'assez fortes dans les os des jambes surtout

la nuit, et d'autres dans les parties molles de la cuisse gauche. Ces dernières sont superficielles; elles s'étendent de l'aine jusque près du genou. Toute la face externe et antérieure de la cuisse est sensible à la pression. Les mouvements de la jambe sur la cuisse et de celle-ci sur le tronc provoquent ces douleurs qui surviennent d'une manière spontanée pendant le repos et aussi bien le jour que la nuit. Le malade accuse en outre un sentiment de chaleur dans ce membre; mais l'examen comparatif des diverses parties du corps ne révèle aucune différence de température.

Traitement. — Iodure de potassium, 3 grammes, quassia amara, pansement de la tumeur avec une solution de 8/100 de teinture d'iode.

Le 28 octobre, la matière jaunâtre du fond de la plaie a complétement disparu. Les bourgeons charnus tendent, par leur développement, à combler l'excavation. Il y a une véritable suppuration. Les douleurs ostéocopes ont disparu; il en est de même des douleurs superficielles qui occupaient la cuisse et entravaient la marche.

M. Lebert n'a pas trouvé les éléments des ganglions lymphatiques dans les parties qui lui ont été remises, mais uniquement ceux des tumeurs gommeuses, c'est-à-dire, des éléments fibro-plastiques. Il considère ce tissu comme propre à la syphilis. Il nous a dit l'avoir souvent rencontré dans les poumons des nouveau-nés syphilitiques.

Le malade obtient son exeat le 23 novembre 1852. La solution de continuité de l'aine est complétement cicatrisée. Il n'existe plus aucune douleur.

Réflexions. — D'une manière générale et avant leur période de ramollissement, les tumeurs gommeuses sont indolentes, excepté lorsqu'elles sont situées au voisinage de quelques branches nerveuses. Dans ces cas, elles peuvent provoquer des névralgies, ainsi que nous en avons déjà cité des exemples. Chez ce malade, la situation de la tumeur, tout à fait à la partie externe de la région de l'aine et au-dessous du bord réfléchi du

grand oblique, nous explique les douleurs névralgiques s'irradiant vers la cuisse dont les nerfs cutanés antérieurs étaient justement placés derrière la tumeur.

Cependant nous avons vu des tumeurs gommeuses situées sur des organes très-sensibles n'occasionner aucune sensation douloureuse; et à ce propos nous citerons l'observation d'un malade qui se trouvait dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, en juin 1858; cet homme portait à la région tibio-tarsienne droite une gomme de 3 centimètres environ. Une autre tumeur de même nature était accolée au cordon testiculaire droit, immédiatement à sa sortie du canal inguinal. Elle était ovoïde, de la grosseur d'une noisette, facile à isoler, mais se confondant avec le canal déférent, auquel M. Nélaton la rattacha. Par son extrémité supérieure, elle pénétrait dans le canal inguinal. De légères tractions exercées sur le cordon entraînaient constamment cette tumeur. Elle était dure, ferme, mobile, sans adhérence aux autres éléments du cordon, et tout à fait exempte de douleurs. Le palper n'y déterminait aucune sensation douloureuse. La sensibilité physiologique du conduit déférent avait tout à fait disparu. Le malade n'éprouvait aucune souffrance, ni dans le testicule, ni aux lombes. L'iodure de potassium, prescrit pendant deux mois, amena la disparition complète de ces deux tumeurs.

Observation XVIII. — *Symptômes secondaires s'annonçant par de violentes douleurs de la langue.*

Le sujet de l'observation est un médecin. Chancres à la base du gland observés le 27 août et prenant bientôt la forme de l'ulcus elevatum. Quinze jours après il remarqua une indu-

ration de leur base, induration qui resta longtemps après la cicatrisation des chancres.

Rien jusqu'en novembre; à cette époque douleurs de la langue avec redoublement la nuit, au point d'empêcher le sommeil; sécheresse et douleurs à la gorge, la nuit seulement. Aucune manifestation visible sur ces parties.

A la fin de novembre, trois groupes de papules rouges et saillants apparaissent à la base de la langue, séparés par des espaces sains. Ils ne sont pas plus douloureux que le reste de l'organe.

Le 15 décembre taches au front et autour de la bouche; ces taches se couvrent bientôt de squammes. Aussitôt après l'éruption, les douleurs de la langue et de la gorge diminuent, puis cessent. Les papilles disparaissent aussi.

A la fin du mois de décembre nouvelle éruption squammeuse, adénopathie cervicale, retour des douleurs de la langue; il en éprouve de plus dans l'épaule gauche.

A partir du 11 janvier deux pilules de sublimé par jour de 2 centigrammes et demi chacune.

Depuis cette époque récidive des éruptions et des douleurs dans les membres, mais plus de douleur de la langue.

Réflexions. — Ce fait est remarquable à cause de la sensation douloureuse de la langue. En effet, les douleurs dont cet organe était le siége ne peuvent nullement être attribuées à la température du lit; il y a donc dans la nature de l'affection syphilitique quelque chose de spécial qui détermine des exacerbations nocturnes. Enfin, à deux différentes reprises, ces douleurs ont coïncidé avec l'explosion d'autres manifestations syphilitiques, et elles ont cédé à un traitement hydrargyrique (1).

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* de M. Cazenave, t. I.

TROISIÈME PARTIE.

CHAPITRE I.

DES TROUBLES DE LA MOTILITÉ DÉTERMINÉS PAR LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE.

La paralysie musculaire ne s'observe qu'à une époque tardive de la diathèse ; néanmoins nous avons observé une fois la paralysie des nerfs de la troisième et de la septième paire et même de ceux de la langue, immédiatement avant l'exanthème syphilitique, deux mois et demi environ après l'apparition du chancre infectant.

On conçoit, en effet, qu'un ganglion développé consécutivement à la diathèse syphilitique puisse déterminer la compression d'un nerf et occasionner ainsi une paralysie plus ou moins complète des muscles animés par ce nerf. M. le docteur Potain, professeur agrégé à la Faculté et médecin des Hôpitaux, observa la paralysie du facial, déterminée par le développement d'un ganglion de l'Antitragus (1).

Chez la plupart de nos malades, c'est plusieurs mois et même plusieurs années après l'infection constitutionnelle qu'une paralysie quelconque est survenue, lorsque des traitements spécifiques avaient déjà combattu des manifestations syphilitiques antérieures.

On verra, d'après nos observations, que l'existence de la paralysie semble indiquer, de la part du malade, une disposition qui permet à la syphilis de revêtir une forme grave, en résistant avec opiniâtreté aux meilleurs traite-

(1) *Thèse inaugurale de Salneuve.*

ments. Aussi voit-on en pareilles circonstances des récidives nombreuses traduire, à plusieurs reprises, la persistance de la diathèse.

Section I. — De la paralysie des nerfs moteurs de l'œil.

Le globe oculaire est très-fréquemment affecté de strabisme par l'effet de la diathèse syphilitique. Les auteurs l'ont déjà signalé, et dernièrement encore deux articles publiés, l'un dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 11 septembre 1858 (1), l'autre dans l'*Union médicale*, du 20 janvier 1859, nous en ont donné de nouveaux exemples. M. Ricord fait remarquer (2), que la paralysie de la troisième paire *est un accident assez fréquent à la période tertiaire.* L'absence de douleurs ostéocopes crâniennes et de toute autre manifestation syphilitique, dit le célèbre syphilographe, est une cause fatale d'erreur pour ceux qui ne connaissent pas la filiation des symptômes de la syphilis, et ce que cette affection peut produire. Nos observations nous permettent de conclure que la paralysie de la troisième paire et de la quatrième sont fréquentes, qu'elles récidivent avec facilité, et qu'elles sont une expression tardive de la syphilis. Le strabisme peut exister seul ou bien en même temps qu'une amaurose incomplète; peut être dans certains cas est-il consécutif à cette dernière. L'on conçoit, en effet, qu'un œil, ne possédant plus la même faculté visuelle que son congénère, se dévie, ou change de direction, pour présenter aux objets une partie de la rétine plus sensible que celle qui leur correspondrait, si l'axe de cet œil était parallèle à celui du côté opposé. Dans ce dernier cas, il n'y a pas de véritable paralysie musculaire. L'œil est un peu dévié, mais le malade le redresse aussitôt qu'on lui dit de

(1) Par le docteur C. Paul.

(2) *Traité complet des maladies vénériennes. Iconographie.* Paris, 1851.

suivre du regard un objet que l'on porte en divers sens.

La paralysie d'un nerf de l'œil peut exister seule et sans aucune autre manifestation syphilitique concomitante; mais alors la diathèse a été mise en évidence par d'autres symptômes antérieurs ou bien cette même paralysie, qui se présente aujourd'hui isolée, a existé autrefois conjointement avec d'autres phénomènes syphilitiques. Souvent il y a, en même temps que le strabisme, d'autres symptômes incontestables de la vérole, comme on le voit chez le malade de l'observation n° 19 qui était affecté d'une ulcération tardive de l'arrière-gorge, en même temps que d'une paralysie du nerf moteur oculaire externe.

Nous n'avons vu qu'une seule fois la paralysie du grand oblique. Le malade offrait en même temps des exostoses tibiales. L'inclinaison de la tête sur l'épaule du côté où siégeait la paralysie déterminait constamment la diplopie. Malheureusement ce malade, que nous avons vu chez M. Desmarres, n'est plus revenu à la consultation ; de sorte qu'il nous a été impossible de prendre son observation.

M. Graefe a publié deux exemples de paralysie de la 4ᵉ paire (1).

Ce n'est pas ici le lieu de faire l'histoire du strabisme. Nous nous contenterons d'attirer l'attention sur l'observation d'un malade qui avait une paralysie du petit oblique de l'œil; ce que prouvait l'apparition de la diplopie aussitôt que la tête était portée sur l'épaule du côté opposé.

La lésion pathologique qui détermina le strabisme dans notre observation n° 21 était une tumeur gommeuse qui a d'abord comprimé et plus tard altéré la texture des nerfs moteurs de l'œil. Quant aux sujets de nos autres observations, il nous est impossible de soupçonner chez eux une lésion quelconque.

(1) *Archiv für Ophthlamologie.*

MM. Vidal (de Cassis), Ricord, et Bouisson, attribuent le strabisme tantôt à une lésion des os et du périoste, tantôt à un épanchement plastique effectué dans l'intérieur d'un muscle; ce serait alors un strabisme actif et non pas une paralysie. M. Ricord signale, depuis longtemps, la coexistence du strabisme avec les accidents tardifs de la syphilis. M. Gosselin a donné des soins à une femme qui avait des exostoses, des douleurs ostéocopes et une paralysie du moteur commun gauche. Tous ces accidents se sont dissipés sous l'influence de l'iodure de potassium. M. Francès cite une observation pareille dans sa thèse inaugurale. M. Michon admet dans ces cas une compression du nerf par une exostose intra-crânienne. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* croient plutôt à un épanchement gommeux dans le cordon fibreux de la dure-mère, traversé par le nerf de la troisième paire. Enfin le strabisme existerait-il comme lésion purement fonctionnelle?

L'asystolie de l'iris peut être d'origine syphilitique; l'observation n° 22 nous en fournit un exemple. Quant à la cause immédiate de la paralysie limitée à ce diaphragme, il nous est impossible de la connaître d'une manière certaine. Mais il est à présumer qu'une lésion quelconque siége au voisinage du ganglion ophthalmique ou sur le trajet du rameau qui, de la branche nerveuse du muscle petit oblique, remonte vers ce ganglion, pour en constituer la branche motrice.

Enfin une inflammation considérable de la choroïde peut déterminer la paralysie de l'iris. Les nerfs ciliaires accolés à la membrane vasculaire de l'œil peuvent éprouver, dans ces cas, une compression ou une lésion quelconque dont l'immobilité de la pupille pourrait être la conséquence. Une de nos observations de choroïdite semble nous présenter un exemple de cette nature (voir

à l'article amaurose). On comprend en dernier lieu l'existence de la mydriase lorsqu'il y a une paralysie du tronc de la troisième paire, comme chez le malade du n° 21.

Chez les amaurotiques, la paresse de l'iris ne dépend pas du défaut de contractilité de l'iris; mais du défaut d'impressionnabilité de la rétine.

Les caractères pathognomoniques de la mydriase sont: l'absence de contractilité de l'iris sous l'influence de la lumière, quoique le malade l'aperçoive distinctement, et le défaut d'adaptation de l'œil aux diverses distances. La pupille dilatée permet à un grand nombre de rayons lumineux de pénétrer jusqu'à la rétine. Aussi l'image est-elle trouble et confuse. Un trou pratiqué sur un morceau de carton remplace en quelque sorte le diaphragme de l'œil. Ce petit appareil, empêchant les rayons excentriques de pénétrer dans l'œil, prévient l'aberration de sphéricité, et rend au malade la faculté de voir nettement à certaines distances.

OBSERVATION XIX. — *Syphilis constitutionnelle. Ulcère tardif de la gorge. Paralysie de la sixième paire. Guérison par l'iodure de potassium.*

Le nommé L..., cocher, âgé de 38 ans, entre à l'hôpital du Midi, salle 5, lit n° 11, service de M. Ricord, le 17 septembre 1858.

En octobre 1854, il eut quelques petits chancres sur le gland; ils furent cautérisés, et leur cicatrisation s'obtint rapidement. Il ne fit aucun traitement interne pendant les quatre mois qui ont suivi la disparition des chancres, et n'eut aucun symptôme nouveau. Mais, à cette époque, il remarqua une grande tension des ganglions des aines, un engorgement des ganglions cervicaux, des ulcérations sur le gland et une éruption générale de taches et de papules; il n'avait de douleurs, ni à la tête, ni dans les membres. M. Cullerier, consulté par le malade, ordonna deux pilules de proto-iodure de mercure par jour, pilules, dont nous ne connaissons pas la formule. Ce

traitement fut continué pendant trois mois. Le malade se crut guéri en voyant disparaître les symptômes mentionnés plus haut et discontinua le traitement. Mais des maux de tête se déclarèrent pour la première fois peu de jours après. Le malade ressentait des élancements encéphaliques, mobiles quant à leur siége et souvent répétés. Indépendamment de ces élancements, il dit avoir éprouvé des douleurs de tête superficielles et parfois très-violentes. Ces douleurs arrivaient à leur summum d'intensité de minuit à deux heures du matin. L... alla de nouveau consulter M. Cullerier qui, ayant trouvé des ulcérations gutturales, le soumit au traitement suivant : tous les jours deux pilules de proto-iodure de mercure, en même temps qu'une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten. Cette dernière préparation lui causant de la répugnance et des vomissements, le malade la mit bientôt de côté pour s'en tenir simplement à l'usage de ses pilules; cependant il n'avait éprouvé aucun accident hydrargyrique, soit du côté de la bouche, soit du côté de l'estomac ou des intestins.

Malgré cette médication, les accidents de la gorge ne disparaissaient que pour revenir bientôt après; ils se dissipaient facilement sous l'influence des cautérisations, mais d'une manière éphémère. Les maux de tête persistaïent aussi, mais avec moins de violence qu'à leur début.

Après avoir continué ce traitement pendant un an, L... changea de médecin. Il fut alors soumis exclusivement à l'usage de l'iodure de potassium. Ses maux de tête disparurent définitivement; quant aux accidents de la gorge, ils revenaient de temps à autre, ce qui les fit considérer comme non spécifiques par le confrère, selon le dire du malade. Aussi, après avoir continué l'iodure de potassium à une dose qu'il ne peut préciser, et pendant un court espace de temps, L... suspendit toute médication. Il n'éprouva aucun accident pendant les deux premières années qui ont suivi ce traitement.

En avril 1858, ses maux de gorge reparurent; il s'adressa à M. Ricord qui, ayant constaté un ulcère tardif du pharynx, ainsi que le porte son ordonnance, fit les prescriptions suivantes : premièrement, iodure de potassium 16 grammes, sirop de gentiane 500 grammes. Mêlez trois cuillérées du mélange précédent par jour dans de la tisane de saponaire.

Deuxièmement, un gargarisme avec 200 grammes d'eau, 50 centigrammes d'iodure de potassium et 4 grammes de teinture d'iode.

Ce traitement continué pendant deux mois dissipa les accidents de la gorge, et fit croire à une guérison complète. Aussi le malade, légèrement anémique, ne fut soumis qu'aux pilules de Vallet et au vin de quinquina (juillet 1858).

En octobre 1858, il se produit un nouvel ulcère de la gorge. Le premier décembre il se manifesta un strabisme de l'œil droit.

Le 20 décembre le malade se trouve dans l'état suivant: strabisme interne à droite; le muscle abducteur de l'œil, ou droit externe, est tout à fait inactif. Lorsqu'on dit au malade de suivre un doigt porté lentement de gauche à droite, aussitôt qu'il a dépassé l'ouverture pupillaire de ce dernier côté, l'œil droit reste immobile, le gauche au contraire suit constamment le doigt. Il y alors contraste frappant entre la direction des deux yeux : la pupille de l'œil gauche est derrière le grand angle de l'œil, tandis que celle de l'œil droit est directement tournée en avant. Même divergence des axes visuels lorsqu'on imprime à la main des mouvements de circumduction. De plus, lorsque le doigt est placé à gauche, il est vu simple; mais dès qu'il arrive au plan médian il est vu double; et la distance est d'autant plus grande que le doigt est plus porté à droite. La tête reste fixe dans toutes ces expériences. Lorsque le doigt est porté vers l'extrême droite, l'espace intermédiaire aux deux images est de 24 à 27 centimètres. Ces images sont placées l'une à côté de l'autre. L'œil droit voit simple lorsque son congénère est fermé et que l'objet est à gauche. Il voit double lorsque l'objet est porté à droite, l'œil gauche restant toujours fermé; enfin, lorsque le malade fixe le doigt, et qu'il incline la tête, soit sur l'épaule droite, soit sur l'épaule gauche, il l'aperçoit constamment simple.

Quand le doigt est placé sur la ligne médiane, il y a, ainsi que nous l'avons dit, formation de deux images qui se confondent en une seule lorsque le doigt n'est distant que de 4 centimètres de la racine du nez.

Sur la paroi postérieure du pharynx et un peu à gauche, on voit une ulcération irrégulière à bords ondulés et à fond gris. Elle offre 1 centimètre dans sa partie la plus large, et une lon-

gueur de 2 centimètres environ. Il n'existe chez le malade aucune autre manifestation, nulle douleur.

Traitement. — Iodure de potassium, 4 grammes par jour.

Le 25 janvier, l'œil malade a recouvré sa mobilité physiologique ; les objets sont vus simples quelle que soit la position qu'ils occupent ; l'ulcère de la gorge est réduit des deux tiers.

Il quitte l'hôpital le 8 février 1859, après disparition complète de tous les symptômes de la syphilis ; l'œil n'est plus dévié et se meut parallèlement à son congénère ; dans aucune direction il n'y a diplopie. L'ulcère de la gorge est complétement cicatrisé. On conseille au malade de ne pas discontinuer son traitement.

Réflexions. — Voilà donc une paralysie du nerf moteur oculaire externe, survenant quatre ans après l'accident primitif et conjointement avec un large ulcère du pharynx (1). Cependant le malade a suivi plusieurs traitements dirigés par des hommes qui font autorité dans la science ; la durée de ces traitements fut prolongée, chaque fois, bien au delà de l'époque de la disparition des accidents. Cette paralysie a été rapidement guérie par les antisyphilitiques, en même temps que l'ulcération tardive du pharynx. Lorsqu'on voit la persistance de la diathèse syphilitique chez cet homme, malgré l'administration prolongée des spécifiques, dès le début de l'infection, et les traitements nombreux auxquels il a fallu avoir recours pour combattre constamment des manifestations nouvelles, il est impossible de ne pas soupçonner chez lui une disposition individuelle favorable au développement de la syphilis. Comment s'expliquer autrement que chez tel individu un traitement de quelques mois suffise pour annihiler définitivement la diathèse syphilitique, qui ne révèle plus son existence par aucun signe

(1) MM. Beyran et Luton ont publié des observations de paralysie de la 6e paire dans l'*Union médicale* de 1860.

pendant toute la vie du malade, tandis que chez tel autre la syphilis constitutionnelle trahit sans cesse son activité par des manifestations de plus en plus graves, malgré l'emploi constant de ses antidotes?

OBSERVATION XX. — *Syphilis constitutionnelle. — Paralysie du moteur oculaire commun du côté gauche.*

X..., âgé de 37 ans, employé de chemin de fer, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, entre le 4 octobre 1852, à l'hôpital du Midi, salle 4, lit 3, service de M. Ricord. En 1837 il eut une uréthrite. En 1839, un chancre induré qui fut traité par M. Ricord; l'ulcération ne s'est cicatrisée qu'au bout de six semaines, et l'induration a duré de quatre à cinq mois. Il resta à l'hôpital du Midi pendant deux mois et il en sortit conservant toujours son induration. Il cessa tout traitement, malgré les conseils qui lui avaient été donnés.

Cinq mois après, uréthrite, et à la même époque alopécie, extinction de la voix, éruption cutanée, ganglions au cou, mal à la gorge, etc.; c'était vers le commencement de l'année 1840.

Traitement. — Pâte noire de composition inconnue pour son uréthrite; sirop de salsepareille et bains. Quelque temps après, un médecin lui fit prendre cinquante pilules mercurielles très-grosses (?).

La voix est revenue; mais elle était toujours voilée. Il éprouvait en outre des douleurs vagues dans les membres.

En 1849 uréthrite et épididymite affectant successivement les deux côtés.

Rien depuis cette année jusqu'à 1852. A son entrée, il nous apprend qu'il y a six mois, en jouant au billard, il a remarqué que toutes les fois qu'il portait ses regards fortement à droite il voyait deux billes là où il n'y en avait qu'une. A partir de la même époque et progressivement, la vue s'est troublée de ce côté; X... apercevait les objets comme à travers un voile; mais de face il voyait toujours distinctement une seule image. Il y a deux mois, un de ses camarades remarqua que sa paupière supérieure gauche était un peu abaissée. L'attention du malade fut alors éveillée; et il observa en outre que sa pupille gauche était considérablement agrandie.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la pupille est excessivement dilatée et non contractile; strabisme divergent peu marqué; chute de la paupière supérieure qui recouvre la moitié de la cornée; il ne peut lire à aucune distance et distingue incomparablement mieux de loin que de près.

Si, l'œil droit étant fermé, il regarde avec le gauche à travers un trou pratiqué dans une carte à jouer, il peut lire en tenant le livre à la distance à laquelle il le maintient lorsqu'il lit avec son œil sain (14 centimètres).

Lorsqu'on lui dit de suivre des yeux un doigt que l'on dirige dans tous les sens, on remarque que dès que celui-ci a dépassé la ligne médiane, se portant à droite, la pupille gauche reste fixe au milieu de l'ouverture des paupières et ne s'approche pas du grand angle de l'œil. Aussi les axes visuels cessent-ils d'être parallèles. Il en est de même lorsque le doigt est porté en haut ou en bas. Dans toutes ces positions il y a diplopie. Si le malade regarde en bas il y a double image, mais dans une certaine position seulement, par exemple, lorsque l'objet est au niveau du pubis et à 40 centimètres de distance du tronc. Les images ne sont d'abord qu'à une petite distance l'une de l'autre; mais à mesure que l'objet s'approche de l'extrême droite, elles sont de plus en plus éloignées, de manière qu'il y a entre elles un intervalle de $1^{m},34$ environ, lorsque l'objet est porté tout à fait à droite. A l'état de repos la cornée est dirigée directement en avant. Du côté gauche, la vision est confuse. Aucun autre symptôme.

Traitement. — Vésicatoires sur le front pansés avec l'onguent mercuriel double; iodure de potassium, 3, et plus tard 4 grammes par jour.

Au 1er janvier le défaut de parallélisme des axes visuels avait presque disparu. Dans les positions extrêmes le malade voyait encore double. Mais la distance séparant les deux images n'était que d'un pied. La pupille avait repris sa contractilité, et l'œil s'accommodait parfaitement aux distances. Enfin la paupière supérieure était relevée.

Réflexions. — On voit que chez ce malade la paralysie du nerf moteur oculaire commun est survenue à une

période fort éloignée du début de la syphilis et qu'elle s'est manifestée sans être accompagnée d'aucun autre accident diathésique.

La syphilis possède, en effet, la propriété de déterminer des manifestations d'autant moins nombreuses qu'elle est plus ancienne.

A mesure qu'elle vieillit, elle revêt une forme de plus en plus insidieuse, notamment chez les malades soumis déjà aux préparations mercurielles.

Cette règle souffre néanmoins de nombreuses exceptions. C'est surtout dans les cas de ce genre, lorsque l'infection syphilitique est de vieille date, qu'elle n'a donné aucun signe de sa présence dans l'économie depuis plusieurs années, et qu'elle se borne à une seule manifestation du côté des organes profondément situés, que son diagnostic présente les plus grandes difficultés.

Le malade dont l'histoire précède se trouvait dans ces conditions.

Cependant la paralysie des muscles de l'œil est si souvent consécutive à la syphilis constitutionnelle que cette diathèse se présente immédiatement à l'esprit de l'observateur qui se trouve en face d'un malade affecté de strabisme.

C'est là une expression tardive de la syphilis, signalée depuis fort longtemps et qui n'a échappé à aucun médecin, tant soit peu versé dans l'étude des maladies vénériennes.

Il est donc incompréhensible, soit dit en passant, qu'une feuille périodique dont les savants rédacteurs ont maintes fois éclairé le public médical, par de remarquables articles, sur les questions les plus difficiles et les plus délicates de la syphilis, ait laissé dire dans ses colonnes, il y a quelque temps, que la paralysie syphili-

tique des muscles de l'œil *n'avait pas encore attiré l'attention* des syphilographes. Sans être très-sévère au point de vue de l'érudition, on peut engager l'auteur de cet article à consulter les ouvrages que nous avons déjà mentionnés à propos du strabisme syphilitique.

Ainsi chez notre malade, l'existence de l'affection oculaire elle-même fit de suite penser à la diathèse syphilitique.

Les renseignements précieux puisés dans les antécédents de cet homme sont venus grossir le nombre des probabilités en faveur du diagnostic rationnel posé sous toute réserve.

Enfin l'heureuse modification des accidents, obtenue par l'usage des spécifiques, nous permit d'attribuer l'affection oculaire à la syphilis constitutionnelle.

Observation XXI. — *Paralysie des nerfs moteurs communs. — Iodure de potassium. — Guérison. — Rechute. — Mort. — Autopsie. — Tumeur gommeuse de la selle turcique* (1).

Le nommé G..., âgé de 61 ans, concièrge, a contracté la syphilis (chancre sur le gland) à l'âge de 18 ans. Il était alors au service militaire et fut traité par Larrey. Il affirme n'avoir jamais eu, depuis cette époque, aucun accident du même genre, ni aucun phénomène qu'on puisse y rapporter.

Il est d'une bonne santé habituelle et n'a eu ni rhumatismes, ni coup de sang, ni céphalalgie habituelle, ni paralysies d'aucune espèce. Il n'a jamais reçu de coups sur la tête ; il ne porte aucune trace d'affection scrofuleuse.

Il y a un an environ, sans autre cause apparente qu'un refroidissement, il fut pris brusquement d'une très-vive céphalalgie occupant presque exclusivement le côté droit de la tête et surtout la région temporo-pariétale. Cette céphalalgie dura

(1) Résumé de l'observation de M. Hérard, médecin à Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté. *Union médicale* de février 1858

un mois environ. Pendant ce temps il était constamment *absorbé;* il avait la tête lourde ; l'ouïe devint peu à peu dure à droite. Il n'a remarqué aucun trouble dans la vision. La céphalalgie disparut, un mois après son début ; mais il resta chez le malade de la surdité à droite. Il est à remarquer qu'il avait pris du sulfate de quinine.

Pendant les deux ou trois mois suivants, il n'éprouva aucun accident. Puis il fut repris d'une nouvelle céphalalgie qui, comme la première, se manifesta brusquement après un refroidissement ; mais elle occupa cette fois-ci le côté gauche de la tête. Elle était très-violente, le malade en était comme fou, dit-il, *et parfois absorbé et lourd.* Il resta alité pendant six mois ; trois mois chez lui et trois mois à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Trousseau. La surdité persistait toujours. Peu à peu les jambes faiblirent et bientôt il ne put plus marcher. Cependant il n'a jamais présenté de paralysie complète.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, outre les symptômes dont je viens de parler, on constate un strabisme divergent très-prononcé, de la diplopie et la paralysie du voile du palais. Le malade rendait les boissons par le nez. Les membres supérieurs avaient conservé l'intégrité de leurs forces et de leurs mouvements. La sensibilité générale fut toujours intacte ; la miction et la défécation parfaitement régulières. On lui donna d'abord de l'iodure de potassium ; plus tard on cessa ce médicament. On lui rasa la tête et on lui mit des cautères volants dont il porte encore les cicatrices. Lorsque, après trois mois de séjour il sortit de l'Hôtel-Dieu pour être dirigé sur Vincennes, il allait mieux ; il commençait à marcher, et la céphalalgie avait considérablement diminué.

De Vincennes on le congédia au bout de trois jours. Il revint chez lui, et, le jour même de son arrivée, la céphalalgie cessa tout à fait et d'une manière presque subite ; mais le lendemain soir, après un court sommeil, les paupières frappées de paralysie ne pouvaient s'ouvrir. En les soulevant un peu avec la main, le malade distinguait la lumière, mais d'une manière confuse.

Depuis lors la cécité fut complète ; la faiblesse des jambes n'a pas augmenté. Il n'y a pas eu de surdité à gauche ; mais celle de droite n'a pas disparu.

C'est en ce moment que X... est entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry, n° 24, service de M. Hérard.

Le jour de son admission on constata la paralysie des deux releveurs des paupières supérieures, un strabisme divergent très-prononcé, la dilatation des pupilles en même temps que leur immobilité et leur insensibilité presque complète à la lumière. L'ouïe était plus dure à droite qu'à gauche. Les deux jambes très-faibles pouvaient à peine soutenir le poids du corps. (Le malade avait été apporté sur un brancard.) La sensibilité générale était intacte, excepté à l'aile droite du nez et dans les portions voisines de la joue et de la lèvre supérieure où le malade accusait une sorte d'engourdissement.

Enfin on remarquait à gauche, derrière l'angle de la mâchoire et un peu au-dessous d'elle, une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de dinde, non adhérente à la peau, peu mobile sur les tissus profonds et paraissant formée de plusieurs tumeurs plus petites et pressées les unes contre les autres. Elle faisait saillie dans la cavité du pharynx où elle repoussait en avant et à droite le pilier postérieur du voile du palais. Cette tumeur était peu douloureuse à la pression.

Le malade se plaignait aussi d'un embarras passager de la parole, et cela depuis sa seconde attaque de céphalalgie. A l'inspection de la bouche on découvrit sur la ligne médiane de la voûte palatine une rougeur circonscrite, légèrement saillante, et peu douloureuse. Elle était arrondie, et du diamètre d'une pièce de 20 centimes.

Assez bon appétit; pas de fièvre; miction et défécation normales. Intelligence intacte et assez développée; sommeil la nuit.

M. Hérard, trouvant dans les antécédents du malade et dans l'ensemble des symptômes observés des motifs suffisants pour admettre la nature syphilitique de cette paralysie, ordonne l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes. Cette dose est rapidement portée à 2 grammes par jour.

Au bout de huit à dix jours, la paupière gauche commençait déjà à se relever. Bientôt l'œil lui-même devint un peu mobile, en même temps que la pupille se rétrécissait et recouvrait ses mouvements propres. L'amélioration du côté de cet œil fut si rapide, qu'en une semaine l'œil et la paupière étaient en grande partie revenus à leur état normal.

Cependant la paupière droite ne présentait pas le moindre changement ; mais du 12 au 15 octobre elle commença à son tour à se relever graduellement. L'immobilité de l'œil diminua aussi peu à peu, plus lentement toutefois que pour le côté gauche, puisque le 22 octobre cet organe ne peut être encore porté complétement en dedans. La pupille droite est encore un peu plus dilatée que la gauche. L'engourdissement de la lèvre supérieure diminue, dit le malade, de jour en jour. La tumeur au-dessous de l'oreille gauche est beaucoup moins volumineuse ; et les diverses masses qui la constituent paraissent distinctes. Les jambes reprennent aussi leur force ; le malade se lève et peut faire d'assez longues promenades.

Le 23, le malade avait déjà éprouvé quelques légères douleurs dans l'oreille droite, lorsque, à la fin de la visite, cette souffrance devint tellement vive qu'elle lui fait pousser des cris. Au bout de quelques minutes elle s'est calmée et un léger écoulement de sang s'est fait jour par le conduit auditif externe.

Le 27, pupilles encore un peu dilatées ; la droite l'est plus que la gauche, l'œil droit ne peut être ramenée complétement en dedans. Vision un peu confuse. Quelquefois diplopie, surtout pour les objets éloignés. L'engourdissement de l'aile droite du nez, de la joue et de la lèvre existe encore, quoique moindre. Depuis huit jours il remarque que les marches d'un escalier qu'il descend paraissent inclinées à droite. Cet effet n'a pas lieu quand il monte l'escalier. La luette est déviée à droite et les piliers droits sont plus élevés que ceux du côté gauche, mais évidemment par la pression de la tumeur extérieure dont les mouvements se communiquent facilement à ces parties. L'oreille continue à couler depuis le 23.

5 novembre. Les objets ne paraissent plus inclinés, mais la vue est encore un peu troublée. Les pupilles sont égales et non dilatées, les mouvements se font bien en tout sens, même pour l'œil droit. Il n'y a presque plus d'engourdissement dans les parties de la face qui en étaient atteintes. La tumeur extérieure continue toujours à diminuer de volume. La marche est facile. Le malade quitte l'hôpital.

Il se présente à la consultation plusieurs semaines après sa sortie ; l'amélioration s'était maintenue. Toutefois le malade

conservait encore un peu de faiblesse dans les jambes et par moments une légère somnolence.

Il est admis de nouveau à l'hôpital le 25 janvier 1859, dans un état comateux qui a été précédé par quelques jours de malaise, de faiblesse et de somnolence. Il succomba dans le coma après quelques convulsions.

Autopsie. — Congestion des méninges, ramollissement de la substance grise périphérique. Rien dans les viscères, si ce n'est une congestion des poumons et du foie. Voici ce que l'examen de la tête fait constater: il existe en arrière des fosses nasales et à la base du crâne une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, couverte d'une membrane fibreuse qui paraît être la dure-mère, sous laquelle cette tumeur s'est développée; elle est élastique et ne présente pas une grande résistance; elle s'étend de la partie antérieure de la selle turcique jusqu'au milieu de l'apophyse basilaire; elle occupe transversalement toute la largeur du corps du sphénoïde; les apophyses clinoïdes antérieures ont été détruites par cette tumeur; les trous optiques ne sont pas oblitérés; mais ils sont entourés par le tissu ramolli de la tumeur. Derrière le trou optique on trouve intacte la terminaison antérieure de l'artère carotide primitive. Le nerf de la vision, à son entrée dans le trou optique, n'est pas en rapport immédiat avec la tumeur; celle-ci correspond par sa partie moyenne à la selle turcique; elle est convexe et saillante. Les apophyses clinoïdes postérieures ont été détruites et couvertes par la tumeur, ainsi que la moitié antérieure de l'apophyse basilaire. Toutes ces parties sont remplacées par le même tissu morbide. A gauche la tumeur ne fait que peu de saillie; mais à droite elle est proéminente et moins nettement limitée. Les nerfs de la 5e paire sont en rapport immédiat avec cette tumeur formée d'une coque fibreuse remplie d'un tissu mou, malléable, de la consistance du suif, et de quelques parcelles solides, résistantes, jaunâtres, que le scalpel pénètre facilement.

Au-dessous de l'enveloppe fibreuse de la tumeur et à gauche, on rencontre l'artère carotide et le nerf moteur oculaire commun; ils n'ont éprouvé aucune altération dans leur tissu; mais la compression les a très-sensiblement déformés. Le produit morbide envahit les os palatins. — A la base du crâne on aperçoit une petite tumeur médiopalatine, dépendante de la grande

tumeur de la base du crâne et qui est en rapport direct avec les parties osseuses qui sont à l'état normal.

En un mot la tumeur n'est autre chose qu'une collection de tissu plastique, mou et élastique, déposé au-dessous de la dure-mère qu'elle a soulevée. Elle enveloppait l'artère carotide, ainsi que les nerfs situés dans les replis du sinus caverneux.

Le microscope a fait constater à M. Charles Robin les éléments plastiques des tumeurs syphilitiques, tels que nous les avons décrits dans l'article consacré à l'anatomie pathologique.

OBSERVATION XXII. — *Diathèse syphilitique. Éruptions cutanées, exostose. Mydriase à droite, diplopie lorsque la tête est inclinée sur l'épaule gauche. — Paralysie de l'iris et du muscle petit oblique.*

B..., âgé de 33 ans, tailleur, eut à l'âge de 15 ans une uréthrite suivie d'une épididymite. En 1841 chancre du gland avec engorgement des ganglions de l'aine droite. Quoiqu'il n'ait pas eu de manifestations diathésiques à cette époque, on lui fit prendre de la liqueur de Van Swieten pendant un temps qu'il ne peut déterminer.

En 1848, il eut un nouveau chancre qui a duré pendant deux mois et demi et pour lequel il n'a pas suivi de traitement mercuriel.

En 1849, au mois de décembre, il eut, du côté de la gorge, des accidents dont la forme et la nature nous sont inconnues. La vue se troubla également, et B..., ne pouvant plus continuer sa profession de tailleur, accepta une place d'employé dans un magasin. Il nous dit, relativement à son affection oculaire, qu'il voyait trouble de l'œil droit qu'il maintenait volontairement fermé d'une manière presque constante.

Il fut soumis à plusieurs traitements qui n'ont produit aucun effet ; mais il n'a pris ni iodure de potassium, ni mercure. En attendant la vue se troublait de plus en plus. Il lui est survenu une diplopie tellement prononcée qu'il ne pouvait distinguer l'image vraie de l'image virtuelle. Cependant il n'y avait pas de strabisme évident.

Des applications répétées de vésicatoires autour de l'orbite n'ont amené que fort peu d'amélioration. Quelque temps après

il s'adressa à M. Desmarres. Il avait, à cette époque et en même temps que les troubles de la vue mentionnés, des douleurs ostéocopes violentes, une éruption cutanée pustuleuse et une exostose tibiale à droite, symptômes qui duraient depuis cinq mois environ. B..., fut mis à l'iodure de potassium, et dans l'espace de quatre mois il fut tellement amélioré qu'il a repris son état de tailleur. Toutes les manifestations syphilitiques avaient disparu ; il n'y avait plus de diplopie ; cependant bien que la vue n'eût pas recouvré sa netteté physiologique, le traitement fut suspendu.

Dans les premiers jours de novembre 1858, B... commence à éprouver, du côté de la tête, des douleurs profondes et d'une intensité croissante ; ces douleurs consistent en un sentiment de tension avec élancements fréquemment répétés ; elles se manifestent indifféremment le jour ou la nuit.

La vue, du côté droit, est devenue plus confuse. Le malade ne peut juger exactement de la distance des objets, qu'il ne voit que d'une manière mal assurée.

Il n'y a pas de diplopie, si ce n'est lorsque le malade penche la tête sur l'épaule gauche. Dans cette position, il voit deux images dont l'une est droite et l'autre oblique.

La pupille droite est dilatée et non contractile; enfin, lorsque le malade ferme l'œil gauche, il voit avec confusion les objets qu'on lui présente à une distance de vingt centimètres et en deçà, tandis qu'il perçoit nettement ceux qui en sont éloignés de plus de trois mètres ; mais il voit parfaitement ces objets, et à toute distance, lorsqu'il regarde au travers d'un petit pertuis pratiqué sur un morceau de carton.

L'examen à l'ophthalmoscope ne fait rien constater dans les deux yeux.

Traitement. — Iodure de potassium à la dose de 1, et plus tard de 2 grammes par jour ; pilules de Sédillot, une le matin et une le soir.

Nous avons revu ce malade au mois de mars ; il a régulièrement suivi son traitement. Les douleurs de tête ont entièrement cessé. La pupille a recouvré sa contractilité normale. La diplopie a disparu, et la vue du côté droit était aussi bonne que du côté gauche.

Réflexions. — Le nerf moteur oculaire commun anime tous les muscles de l'œil, excepté le droit externe et le grand oblique.

La contractilité de l'iris est aussi sous la dépendance du nerf de la troisième paire.

Les nerfs ciliaires sont fournis par le ganglion ophthalmique dont la racine motrice provient de la branche nerveuse du petit oblique de l'œil.

Or, dans l'observation qui précède, il y avait en même temps paralysie du petit oblique et paralysie de l'iris.

La diplopie, n'existant que lorsque la tête du malade est penchée sur l'épaule du côté opposé, constitue un signe pathognomonique de la paralysie du petit oblique de l'œil.

L'asystolie de l'iris et le défaut d'adaptation de l'œil aux diverses distances sont également les symptômes de la paralysie du diaphragme de l'œil. Il est donc très-rationnel d'admettre, dans le cas présent, une lésion quelconque de la branche nerveuse du petit oblique, avant qu'elle n'ait fourni le filet du ganglion ophthalmique; lésion de nature et d'origine syphilitique, ainsi que les antécédents du malade et le résultat de la médication l'ont suffisamment prouvé. Notons enfin que ce malade avait présenté neuf ans auparavant des troubles de la vision du même côté, et avec diplopie; ces troubles avaient également cédé à un traitement antisyphilitique.

Observation XXIII. — *Chancres indurés. Ecthyma. Mydriase. paralysie incomplète des membres pelviens. Impuissance du mercure. — Amélioration rapide par l'iodure de potassium.*

D..., âgé de 33 ans, employé de chemin de fer, lymphatique, de bonne constitution, entre dans le service de M. Ricord (hôpital du Midi) le 20 avril 1858. Dernières relations sexuelles il y a trois semaines. Avant-dernier coït il y a cinquante jours, et

avec une autre femme. Cinq jours après les derniers rapports il s'aperçut d'un chancre sur le prépuce. Presque à la même époque il remarqua une ulcération à l'aine gauche.

Au moment de sa réception à l'hôpital, il porte un chancre induré du reflet préputial et une ulcération à fond dur à l'aine gauche. Monorchidie ; le testicule gauche est retenu dans le canal inguinal. Ecthyma général, discret; ulcération anale indurée ; adénopathie inguinale multiple; pas d'adénopathie cervicale.

Traitement. — Une pilule de 5 centigrammes de protoiodure de mercure, tisane amère.

Le 20 mai, le malade se plaint d'avoir la vue troublée, il éprouve des éblouissements, surtout du côté gauche. Les mouvements de l'iris sont peu marqués, et la vue est très-affaiblie de ce côté. La pupille reste dilatée, soit qu'on approche, soit qu'on éloigne l'objet que le malade regarde ; mais il voit parfaitement les objets avec cet œil, quand il regarde à travers un trou pratiqué sur une carte. Il lit alors très-facilement.

Mouvements des yeux conservés dans tous les sens ; pas de strabisme ; pas de vue double dans aucune position.

Céphalée violente. Le malade refuse de prendre ses pilules ; on les suspend pendant huit jours. Le malade reste dans la même position.

Le premier juin on reprend le traitement et on applique un vésicatoire sur la nuque. Le 6 juin le malade se plaint de faiblesse dans les membres pelviens. La marche est difficile ; les genoux fléchissent de temps en temps, et les pieds traînent un peu et tendent à se croiser. La sensibilité au toucher et à la température est normale.

D..: se plaint depuis trois jours de difficulté pendant la déglutition ; l'inspection du gosier ne fait rien constater. Cette difficulté dans la déglutition va cependant en augmentant. C'est surtout pendant le troisième temps de cet acte que les aliments éprouvent de la peine à progresser.

Les jambes sont aussi plus faibles qu'il y a quelques jours. Le malade marche plus difficilement, avec incertitude et risque de tomber. En certains moments les jambes s'embarrassent et trébuchent. Parfois il y éprouve une sensation de roideur ; on

suspend le traitement mercuriel, et on prescrit 1 gramme d'iodure de potassium.

25 juin. Le malade depuis trois jours perd sa voix; aujourd'hui il est presque aphone; il ne parle que très-doucement, et surtout avec les lèvres. L'examen de l'arrière-gorge ne révèle rien.

La dose de l'iodure de potassium est portée à 3 grammes. Les jours suivants une amélioration progressive s'est manifestée; tous les symptômes avaient considérablement diminué, quand le malade a quitté l'hôpital pour se rendre à Amiens, où des affaires réclamaient sa présence. C'était le 10 juillet.

Réflexions. — Nous voyons dans cette observation un homme robuste *frappé de mydriase*, de paralysie des membres inférieurs, d'aphonie et d'une gêne prononcée dans la déglutition, à la suite d'une infection syphilitique.

Un traitement mercuriel n'a déterminé aucune amélioration. Les symptômes se sont au contraire considérablement aggravés jusqu'au moment où le malade a commencé à prendre de l'iodure de potassium. A partir de cette époque la guérison a fait des progrès rapides, et le malade est sorti très-amendé après l'administration de ce dernier médicament pendant un mois environ.

Section II. — Paralysie du nerf facial.

Les nerfs crâniens peuvent généralement être entravés dans la transmission du principe des mouvements, ou de la sensibilité, par une lésion siégeant à la partie de l'encéphale d'où ils émanent, ou bien par un obstacle qu'ils rencontrent sur un point de leur trajet. C'est ainsi qu'un ganglion engorgé, qu'une tumeur, qu'une carie, qu'une nécrose des conduits osseux traversés par les nerfs, ou un épaississement du périoste que la syphilis

atteint si fréquemment, paralyse plus ou moins les parties que ces nerfs animent.

Le nerf facial, à cause de son trajet long et sinueux, se trouve plus que les autres exposé à être ainsi entravé dans l'exercice de ses fonctions.

Nous avons vu une paralysie faciale due à la compression du nerf par une tumeur encéphalique. La carie de l'os du rocher peut produire le même résultat. Du reste il existe un signe qui permet de distinguer avec certitude si le tronc du facial a été lésé avant ou après sa sortie du trou stylo-mastoïdien; ce signe consiste dans la déviation de la luette; en effet les nerfs sphénopalatins empruntent leurs filets moteurs au nerf facial dans l'aqueduc de Fallope et au niveau de sa première courbure. Or, si la lésion du facial est située au-dessus du point d'émergence de ces filets, la luette sera certainement paralysée; c'est ce que nous avons remarqué chez le malade dont l'observation porte le n° 24.

Enfin le nerf facial paraît dans certains cas n'éprouver qu'un trouble fonctionnel, purement dynamique; chez un malade la paralysie est survenue quelques jours avant l'apparition du premier exanthème syphilitique, et deux mois et demi après l'infection. Rien à l'extérieur, aucune tumeur, aucun ganglion ne pouvait nous rendre compte de cette hémiplégie faciale.

Plusieurs de nos malades offrant des accidents cérébraux nous présentaient aussi des exemples remarquables de paralysie du nerf de la septième paire.

M. le docteur Yvaren en cite également un cas dans la vingt-troisième observation de son ouvrage (1).

(1) *Des Métamorphoses de la Syphilis.*

OBSERVATION XXIV. — *Paralysie du facial et du moteur oculaire commun. — Perte de l'odorat et du goût. — Guérison rapide à l'aide d'un traitement mercuriel.*

C... âgé de 26 ans, garçon de café, entré le 11 août 1854 à l'hôpital du Midi, salle 6, n° 14, service de M. Puche.

Il y a trois ans, il eut une chaudepisse qui dura trois jours. Aucun autre accident ne s'est manifesté avant l'époque actuelle. Il prétend n'avoir pas eu de relations sexuelles depuis deux mois. Il a un phymosis depuis dix-huit jours. Par l'orifice préputial il sort un liquide sanieux abondant. On sent à travers le prépuce des chancres indurés. Avant que le phymosis ne se soit produit, le malade avait constaté des ulcérations sur le gland. Il offre en même temps une adénite inguinale double qui date de quinze jours. L'adénite de l'aine droite a suppuré et s'est ouverte spontanément, il y a quatre jours.

Il n'existe aucune manifestation de syphilis constitutionnelle.

Traitement. — Cataplasmes, solution chlorurée.

Le 17, circoncision. Le 20, on constate d'une manière évidente l'induration du chancre. Le 5 septembre, le malade éprouve une céphalalgie frontale intense, des douleurs dans les membres et un malaise général très-prononcé accompagné de fièvre.

Le 6 septembre, il survient une paralysie faciale à droite, caractérisée par l'immobilité des traits et par l'impossibilité de fermer l'œil qui reste ouvert pendant le sommeil ; la narine droite un peu affaissée est complétement immobile.

Le 7 septembre, léger renversement en dehors de la paupière inférieure et consécutivement, épiphora. Pas de chute de la paupière supérieure. La joue et le sourcil sont immobiles et affaissés. La mastication est très-pénible, et les aliments s'accumulent dans la gouttière de la joue et des gencives. La langue est *déviée à gauche.* A l'intérieur de la bouche, elle est fortement appliquée contre les dents de ce côté.

La moitié de la langue est insensible au contact, à la piqûre et aux saveurs; la commissure droite est abaissée et rapprochée

gne médiane. Il n'y a pas de strabisme; mais l'œil droit
oobile; la cornée est directement dirigée en avant;
lle est immobile et très-dilatée; la vue est confuse
le malade regarde avec les deux yeux un objet placé
de lui. Si l'on promène cet objet, soit de bas en
oit de droite à gauche, l'œil gauche le suit dans ses
nents, tandis que le droit reste immobile. Dès que les
uels ne sont pas parallèles, il y a diplopie ; les images
l'une à côté de l'autre sont d'autant plus distantes que
se trouve plus éloigné de la ligne médiane; mais si
est porté de gauche à droite, les deux yeux se meuvent
ement, et le malade ne perçoit qu'une seule image.
cle abducteur de l'œil ou droit externe se contracte
ogiquement.
n fixant le doigt qu'on lui présente, le malade incline
sur l'épaule droite, l'œil tourne sur son axe en sens in-
e la tête. Dans cette position, il ne voit qu'une seule
mais, si on lui dit d'incliner la tête sur le côté gauche,
oit reste immobile; il ne se meut pas en sens inverse
te, et il y a diplopie. Sentiment de pesanteur de tête
ononcé, surtout du côté droit. Le cuir chevelu, ainsi
peau de la face et du cou, est tellement hypéresthésié à
que la moindre pression y détermine des douleurs vives.
e qui fait que le malade ne peut se coucher sur l'o-
de ce côté. Bourdonnements continus dans l'oreille
Un peu de surdité du même côté. Les sons bruyants
isent une impression désagréable. La déglutition est
e; le malade avale fréquemment de travers; dans ce cas,
ssons reviennent quelquefois par le nez. La sensibilité
de la narine droite est exagérée; mais les odeurs ne
ullement appréciées; j'ai expérimenté avec du tabac,
orce d'orange et de l'eau de Cologne.
spection de la gorge fait constater la déviation de la
à gauche; elle forme une ligne courbe dont la conca-
: dirigée à gauche.
existe aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité
s membres inférieurs ou supérieurs.
tion très-abondante de vésicules sur tout le corps.
onstatons également l'engorgement des ganglions cer-

vicaux et occipitaux; mais les ganglions supérieurs du cou ne sont pas développés. *Il n'y a aucune tumeur au voisinage de l'angle de la mâchoire.* La céphalalgie persiste toujours avec la même intensité.

Le 11, les douleurs de tête ont bien diminué. Le malade est mieux. Plusieurs boutons sont presque flétris, d'autres contiennent du pus; *alopécie.* Le malade est soumis au traitement mercuriel; il prend 25 grammes d'émulsion hydrargyrique par jour (formule de M. Puche). Le 17, 50 grammes. Le 24, 75 grammes. Il y a eu transformation sur place du plus grand nombre des boutons en papules très-saillantes. Diminution générale de tous les phénomènes de paralysie; mais la langue et la narine sont dans le même état, soit quant aux mouvements, soit en ce qui concerne leur sensation spéciale.

Le 28, 100 grammes d'émulsion.

Le 1er octobre, 124 grammes. Les paupières du côté droit ont recouvré leur motilité normale. Le malade mâche et avale facilement. La commissure est à peine abaissée; plus d'épiphora, plus d'hypéresthésie du côté droit; l'œil se meut dans tous les sens, et la vue est simple, excepté quand il incline la tête sur l'épaule gauche. Dans ce dernier cas, il voit encore double. La pupille reste également un peu dilatée.

Le 2 octobre, on suspend le traitement à cause d'une stomatite mercurielle qui est survenue.

Le 20 octobre, il ne reste plus aucune trace de paralysie; douleurs nulles; mais l'éruption pustuleuse et papuleuse par place persiste toujours. Le malade reprend son traitement hydrargyrique. Les ganglions lymphatiques ont diminué sensiblement de volume.

Réflexions. — La multiplicité des troubles de la motilité et de la sensibilité chez ce malade, existant surtout au début de la syphilis constitutionnelle, éloigne l'idée d'une lésion matérielle, du moins d'une compression des nerfs. Si, en effet, il ne s'agissait que d'une paralysie du facial, on pourrait soupçonner une compression exercée par un ganglion lymphatique engorgé sur le tronc de ce nerf, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien; mais com-

ment concevoir la paralysie de la troisième paire, la perte du goût, l'anosmie et la surdité? Comment s'expliquer l'hypéresthésie de la moitié de la face et du cuir chevelu, ainsi que celle de la narine? N'y a-t-il pas eu plutôt une cause plus générale qui a simultanément agi sur plusieurs nerfs crâniens? La déviation de la luette confirme cette manière de voir en plaçant, pour le nerf facial, la cause de ses désordres dans le crâne même. Ces différents troubles ont éclaté en même temps que les prodromes de l'exanthème syphilitique; ils ont complétement disparu sous l'influence de la médication spécifique.

Enfin nous ferons remarquer qu'il est rare de trouver des paralysies nerveuses au début de la diathèse syphilitique; c'est ce qui rend cette observation encore plus intéressante.

Pourrait-on admettre que la céphalalgie intense qui a existé chez ce malade ait produit une congestion de l'encéphale, congestion qui troublerait les fonctions de presque tous les nerfs crâniens d'un seul côté?

M. Follin a observé aussi une paralysie faciale qui s'est manifestée en même temps qu'une poussée d'accidents secondaires (1).

OBSERVATION XXV. — *Paralysie faciale du côté droit. — Contracture du côté paralysé. — Iritis. — Ecthyma.*

S. D..., officier de marine, âgé de 24 ans, entre à la Maison de santé, rue de Lourcine, le 12 août 1850. Il est d'une constitution grêle et offre même quelques attributs de rachitisme. Il fut procréé par un père grêle et délicat lui-même, à l'âge de 45 ans. Il est entré dans la marine de l'État depuis trois ans.

(1) *Traité élémentaire de pathologie externe*, par E. Follin. Paris, 1861, t. I.

Il contracta, à deux reprises et à une année de distance, des chancres du prépuce : la première fois il y a deux ans; la seconde en avril 1849. Comme les chancres de la première fois, les derniers ont été traités par la cautérisation. Au mois de juin 1849, après un quart de nuit par un très-mauvais temps et un excès d'eau-de-vie, il eut une ophthalmie et une éruption pustuleuse. Il s'est mis au lit, et quelque temps après il entra dans un hôpital où il resta pendant deux mois, soumis à l'iodure de mercure et l'iodure de potassium.

Au mois de novembre il survint tout à coup une hémiplégie faciale droite avec contracture du côté paralysé; paralysie remarquable surtout à la bouche et aux paupières, qui ne peuvent s'ouvrir qu'à moitié et ne se ferment que très-incomplétement. Les lèvres se rapprochent aussi imparfaitement à droite, en laissant la commissure béante. Pour saisir une pipe entre les arcades dentaires du même côté, le malade ne peut éviter une contraction qui tend à fermer l'œil droit. Il prit trois bouteilles de sirop de salsepareille ainsi que du bi-iodure de mercure; mais la dose de ce dernier médicament nous est inconnue.

De novembre 1849 en août 1850 le malade suit ce traitement à bâtons rompus, en y ajoutant à diverses reprises l'iodure de potassium.

Au moment de son entrée à la Maison de santé, l'hémiplégie faciale seule persiste; il y a déformation verticale et transversale de la pupille droite; le malade aperçoit tous les objets au travers d'un nuage; lorsqu'il regarde la lumière artificielle avec l'œil droit, il la voit rouge; les lignes droites lui semblent festonnées ou ondulées suivant les distances. Le champ de la vision est moins étendu que précédemment. L'éruption ecthymateuse, dont nous avons parlé, est encore apparente.

Traitement. — Iodure de potassium à la dose de 2, 3 et plus tard 4 grammes par jour; vésicatoire derrière l'oreille du côté malade; bains de vapeur avec fumigations cinabrées; tisane de houblon sucrée avec du sirop de gentiane.

Le malade fut soumis à ce traitement avec régularité pendant dix semaines. On observa, comme résultat, une diminution très-sensible de la contracture; la physionomie a presque repris son expression naturelle; le cercle irien a repris sa forme

régulière. Les phénomènes visuels se sont également améliorés ; mais le malade a voulu sortir à la fin d'octobre avant d'avoir obtenu sa guérison complète.

Réflexions. — Nous ne pouvons savoir quelle est la lésion qui a produit chez ce malade la paralysie faciale dont il était atteint. C'est là malheureusement une lacune qui se retrouve dans plusieurs de nos observations. Tout ce qu'on peut induire de la lecture du fait qui précède, c'est que l'hémiplégie faciale, se déclarant en même temps que d'autres manifestations syphilitiques, et cédant à un traitement spécifique, dépendait certainement de la syphilis. Mais est-ce une tumeur qui, par la compression qu'elle exerçait sur le facial, avait intercepté la libre communication de ce nerf avec l'encéphale ; est-ce une affection du conduit osseux traversé par ce nerf à sa sortie du crâne, ou bien est-ce un ganglion développé sur son trajet, au delà du trou stylo-mastoïdien, qui aurait occasionné cette paralysie? C'est à quoi nous ne saurions répondre sans nous exposer à faire des hypothèses gratuites. Tout est possible à cette période de la diathèse, voire même les troubles fonctionnels sans lésion appréciable, comme les autopsies de trois paralysies syphilitiques nous l'ont clairement démontré. (Voir à l'article *Paralysie sine materia.*)

Cependant, dans le cas précédent, on peut exclure deux des causes que nous avons mentionnées : la tumeur ganglionnaire, siégeant à l'issue du nerf du trou stylo-mastoïdien, tumeur que l'exploration aurait permis de constater, si elle existait, et l'affection osseuse du temporal qui, probablement, aurait donné des signes évidents de sa présence, en troublant également les fonctions du nerf acoustique.

Section III. — De l'hémiplégie et de quelques autres accidents cérébraux syphilitiques.

Les auteurs anciens, nous l'avons déjà dit, avaient reconnu et constaté diverses altérations cérébrales accompagnées de lésions du sentiment et de la motilité, et consécutives à la diathèse syphilitique.

Ainsi on lit dans Boerhaave (1) : « De là s'accroissant (la syphilis), elle infecte d'abord les parties voisines, et en général toute la surface extérieure du corps; plus tard elle s'attaque aux parties internes : les lèvres, les gencives, le palais, la langue, le pharynx, les fosses nasales, le cerveau, etc. » Le commentateur, après avoir défendu contre Astruc l'opinion de Boerhaave, qui place le siége de la maladie dans le tissu cellulaire, étudie ses transformations dans tous les organes; il arrive ainsi au *cerveau :* « C'est ordinairement, dit-il, par voie de continuité que le mal s'y propage; les os, atteints les premiers, communiquent leur infection à l'encéphale. » Et plus loin : « Dans la maladie vénérienne invétérée on observe souvent des lésions cérébrales, depuis le vertige le plus léger jusqu'à l'apoplexie mortelle; j'ai observé dans ces formes de la maladie, *des épilepsies, des affections nerveuses diverses*, la perte de la vue et de l'ouïe..... Il peut se développer des tumeurs gommeuses, des exostoses à la surface interne des parois crâniennes, qui compriment le cerveau et amènent des perturbations dans toutes ses fonctions. » Il cite à ce propos l'observation de Botalus, dont nous parlerons plus tard.

Mais laissons de côté les opinions des auteurs qui ne les démontrent pas suffisamment par des faits, et arrivons à un habile observateur qui a voulu convaincre ses

(1) Van Swieten, *Comm. in Boerhaavii Aphor.*, 1445, t. V.

lecteurs en leur présentant les pièces qui ont servi à former sa propre conviction. Lallemand reconnaît que la syphilis peut produire de plusieurs manières des lésions et des troubles encéphaliques :

1° Par l'extension jusqu'à l'encéphale ou jusqu'à ses membranes d'une affection syphilitique des parois osseuses ;

2° Par le développement direct dans la masse cérébrale de tumeurs d'origine syphilitique ;

3° Par un ramollissement cérébral que détermine la syphilis sans l'intermédiaire d'aucune tumeur.

Nous voilà donc en présence de trois sortes d'affections cérébrales syphilitiques auxquelles il en faut ajouter une quatrième, admise par d'autres : *la perturbation purement fonctionnelle*. Qu'il nous soit permis de citer ici, en quelques mots seulement, les faits les plus intéressants, consignés dans l'ouvrage de Lallemand.

Syphilis traitée plusieurs fois sans succès; ulcère à l'aine; symptômes de méningite et d'encéphalite; mort. Périostose avec quatre foyers d'encéphalite (1).

Un matelot, âgé de 24 ans, eut des antécédents syphilitiques pour lesquels il subit plusieurs traitements sans guérison. Le 5 février il porte à l'aine gauche un ulcère syphilitique de 7 centimètres de diamètre; les yeux ont quelque chose de vague et d'insolite. Le malade a un accès violent d'agitation avec frisson et fièvre. Cet accès s'est répété pendant plusieurs jours à 9 heures du matin. Il était accompagné de délire et d'une sensation de strangulation. La quinine reste impuissante. Plus tard il survient de l'hébétude, des douleurs de tête; la mémoire s'affaiblit, la parole s'embarrasse, les yeux sont fixes, les membres dans la résolution. A l'autopsie on trouve une ostéite suppurée de l'orbite droite; au tiers externe de la suture fronto-

(1) Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*, t. III, lettre 7, n° 1.

pariétale, il existe une tumeur grosse comme une noix, contenant du pus; les os correspondants sont dénudés et rugueux. A l'intérieur du crâne la dure-mère est ramollie au niveau de la tumeur et tapissée par du pus solidifié. Matière semblable entre les deux feuillets de l'arachnoïde, au même niveau; un abcès gros comme une noix se trouve au lobe postérieur de chaque hémisphère; il y a une *tumeur gommeuse* au front; l'os frontal est rugueux et imprégné de pus.

Selon Lallemand, l'inflammation s'est propagée de l'extérieur à l'intérieur du crâne. Le n° 17 de la cinquième lettre nous offre un cas semblable : il s'agit d'un malade qui eut un abcès du cerveau, après avoir présenté des accidents syphilitiques tardifs, consistant en ulcérations du voile du palais et du nez.

Todd a cité aussi plusieurs observations de syphilitiques atteints d'accidents cérébraux ; mais, outre que jamais l'autopsie n'a justifié le titre de *méningites* qu'il confère à ces faits, ces observations laissent énormément à désirer par le peu de détails que l'auteur nous donne. Voici un court extrait d'une de ces observations qui porte le n° 2. On en trouvera une autre relatée dans le chapitre consacré à l'aliénation mentale.

Méningite syphilitique; incapacité mentale; incohérence des idées; propension au suicide; paralysie. Il s'agit d'un homme de 26 ans atteint d'hémiplégie, et dont l'intelligence troublée ne lui permettait pas de se rendre compte de son état. Ce malade a offert un ulcère syphilitique profond de la gorge. Un traitement par l'iodure de potassium le rétablit; mais il fut frappé de nouveau de paralysie et d'un iritis syphilitique double. Un traitement mercuriel fit disparaître rapidement tous les troubles physiques et intellectuels.

Selon l'auteur, une tumeur de la dure-mère était la cause de *cette irritation cérébrale* (1).

(1) *The Dublin quarterly Journal of medicine*, fév. 1852, n° XXV, par Thomas Read.

Il en est de même des exemples donnés par M. Reeve. Ils sont beaucoup trop incomplets pour rendre un vrai service à la science. Nous avons parlé de ces auteurs dans notre *Revue bibliographique*; mais nous ferons remarquer ici que c'est principalement des affections cérébrales qu'ils se sont occupés.

Tous ces auteurs, sans exception, reconnaissent qu'une tumeur du crâne peut déterminer des convulsions, des paralysies, des hémiplégies.

Dans *London medical Gazette*, juillet 1843, on trouve quelques lambeaux d'observations portant l'inscription d'hémiplégie syphilitique; mais l'histoire de ces faits est si incomplète, que le lecteur ne se trouve nullement édifié sur la nature de la maladie. Je ne parlerai point de l'observation n° 1, qui ne peut soutenir la critique. La seconde est celle d'un homme de 27 ans, qui eut des chancres et une éruption qualifiée de syphilitique, sans que l'auteur nous en dise rien de plus. Un an après, il survint des ulcères à la gorge, puis des douleurs dans les os des jambes, des maux de tête et une hémiplégie gauche, dont la guérison fut obtenue par le calomel et l'antimoine. On est en droit de se demander s'il s'agissait bien de la syphilis chez les malades de ce médecin, qui ne nous décrit point la maladie et ne se donne aucune peine pour établir l'existence de la diathèse syphilitique. Aussi, pensons-nous qu'il est oiseux de reproduire ici les autres faits ébauchés que l'on trouve à la suite de celui qui précède. D'ailleurs, ce médecin reconnaît lui-même les reproches dont il est passible et termine son article en appelant l'attention de ses confrères sur des faits plus étendus.

Si ses observations ne sont pas probantes, nous n'en admettons pas moins l'opinion de l'auteur qui fait

remarquer avec raison que, bien que l'apoplexie ne soit pas rare chez les jeunes sujets, l'examen statistique des cent vingt-huit cas rapportés par Morgagni, Rochoux et M. Andral, n'en fait constater que seize chez des individus âgés de moins de quarante ans. Or, tous les malades de notre confrère d'outre-Manche étaient très-jeunes; tous avaient la syphilis, et enfin le mercure a constamment produit chez eux un effet favorable; c'est ce qui nous éclaire en dernier lieu sur la nature de la maladie. Enfin, nous lisons dans le *Clinical Lectures* (1): Un homme, ayant des antécédents syphilitiques, eut une perte de la mémoire et une paralysie incomplète du côté droit, accompagnée de douleurs à la région pariétale du même côté. A l'autopsie, on a trouvé la dure-mère adhérente au crâne et épaissie à l'endroit où elle correspondait à deux larges plaques jaunes semblables à du pus. La substance cérébrale sous-jacente était ramollie. Nous le demandons, est-on suffisamment édifié sur l'origine syphilitique de ces diverses lésions encéphaliques, et n'est-ce pas accuser la vérole sans avoir en mains les pièces du procès qu'on lui intente?

M. Lagneau père (2) dit que la paralysie vénérienne peut être l'effet d'une exostose interne du crâne, ou de l'influence morbide d'une syphilis ancienne, mais il ne produit aucun fait à l'appui de cette opinion.

Vidal de Cassis (3) admet, outre les affections osseuses et les tumeurs de l'encéphale, la méningite syphilitique. L'existence de la méningite, en tant qu'affection isolée, n'a jamais été démontrée; et les auteurs anglais qui en parlent, n'ont jamais été éclairés par l'autopsie. Nous

(1) *Médical Gazette*, janvier 1851.
(2) *Traité des maladies syphilitiques*, t. II, p. 347, 3e édition. Paris, 1859.
(3) *Traité des maladies vénériennes.*

avons déjà cité l'observation de M. Rayer (1). Chez ce malade, la méningite existait en même temps qu'une tumeur gommeuse qui paraissait l'avoir déterminée. M. Ricord a inséré dans sa *Clinique iconographique* une observation très-remarquable dont voici un court résumé :

Un homme de 37 ans eut, en 1842, un chancre induré et fut soumis au mercure pendant trois mois. En 1845 rupia syphilitique; mercure pendant six mois. Le rupia reparaît un mois après la suspension du traitement et nécessite une nouvelle médication de trois mois. Nouvelle récidive un mois après, avec tubercules profonds de la peau, exostose pariétale à gauche, testicules syphilitiques et douleurs ostéocopes. Traitement mixte. Après cinq mois et demi de séjour à l'hôpital, où il prit jusqu'à 6 grammes d'iodure de potassium par jour, il en sort complétement guéri *en apparence*. Mais douze jours après, il rentre avec strabisme de l'œil gauche, diplopie et troubles de l'intelligence. Après un mois d'administration de l'iodure de potassium, à la dose de 6 grammes par jour, il ressort guéri. Quelques jours après, il rentre pour une hémiplégie du côté gauche. Délire calme, mais continu. Les spécifiques ont de nouveau dissipé tous les accidents dans l'espace de trois mois. Le choléra ayant emporté plus tard ce malade, le cerveau, les méninges et la boîte crânienne, examinés avec le plus grand soin, n'ont rien présenté qui expliquât les accidents cérébraux.

Cette observation est un triste et saisissant exemple de la ténacité de la diathèse syphilitique.

La méningite existe et est accompagnée d'un ramollissement de la substance grise dans la paralysie générale, à laquelle nous destinons un article spécial.

M. Faurès a lu, à la Société de Toulouse, les observations de trois malades affectés d'accidents cérébraux, et chez lesquels l'autopsie a fait constater des tumeurs gommeuses encéphaliques. Plus tard, il a communiqué, à la même Société, des faits analogues suivis de guérison.

(1) *Annales de thérapeutique.*

Voici en quelques mots l'histoire du plus intéressant de ces malades :

Un homme de 21 ans contracte la syphilis et ne suit qu'un traitement mercuriel très-incomplet. Bientôt après apparaît une éruption cutanée boutonneuse, qui laisse, après dessiccation, des taches cuivrées ; plus tard il survient des douleurs de tête profondes et lancinantes. M. Faurès est appelé auprès du malade atteint d'hémiplégie. Il y avait diminution très-prononcée du sentiment et du mouvement. Notre confrère attribue ces accidents au développement de quelque produit syphilitique dans l'encéphale ; il ordonne en conséquence un traitement mercuriel auquel il ajoute plus tard l'iodure de potassium. Une médication de quatre mois a suffi pour rétablir complétement ce jeune homme (1).

Il est arrivé ici ce que l'on constate habituellement. Car à moins que la maladie ne soit abandonnée à elle-même pendant plusieurs mois, dans l'immense majorité des cas, les individus atteints de paralysie syphilitique guérissent, sous l'influence du traitement spécifique habilement dirigé.

Vidal (de Cassis) cite (2) un fait de ce genre, dont il a été témoin avec M. Robert :

Un jeune homme, après avoir présenté les symptômes d'une attaque d'apoplexie, avait gardé des lésions profondes de l'intelligence. Vidal, qui l'avait autrefois soigné pour une syphilis constitutionnelle, reconnut la nature des accidents cérébraux et parvint à les dissiper par l'usage de l'iodure de potassium.

Dans les *Annales de Thérapeutique* (3), se trouve consignée une observation d'hémiplégie syphilitique que M. Briquet guérit à l'aide de l'iodure de potassium. A

(1) *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse*, 1858.

(2) *Traité des maladies vénériennes*, 3e édition.

(3) Tome V, page 13.

la page 134 du même volume, on cite l'histoire d'une femme que M. Rayer traita pour une hémiplégie syphilitique, avec les pilules de Sédillot et l'iodure de potassium. Cette malade fut complétement rétablie. Enfin, à la page 438 du même tome, il est question d'une autre femme qui avait le nez déformé par la syphilis, en même temps qu'elle souffrait d'une paralysie incomplète. L'iodure de potassium, prescrit par M. Guérard, amena une cure radicale.

Les congestions de l'encéphale paraissent être fréquemment la conséquence des douleurs vives que les malades éprouvent, notamment pendant la nuit. Ces douleurs peuvent déterminer l'assoupissement ou bien une exaltation qui va parfois jusqu'au délire ; mais l'apoplexie et le ramollissement cérébral peuvent-ils exister consécutivement à la syphilis ? Lallemand et M. Faurès l'admettent. Cependant, les observations que ces auteurs fournissent à l'appui de leur opinion ne nous ont pas entièrement convaincu. Pour notre part, nous n'avons pas de faits qui nous permettent de trancher définitivement la question.

Il ressort de la lecture de nos observations, relatées à la fin de ce chapitre, que les lésions cérébrales qui produisent assez fréquemment l'hémiplégie, appartiennent à une période très-avancée de la syphilis constitutionnelle. Ce qui doit aussi fixer l'attention du praticien, c'est que plusieurs de nos malades, atteints d'accidents cérébraux syphilitiques, ne présentaient aucun symptôme extérieur, aucune manifestation diathésique apparente. Néanmoins, l'existence de la vérole, cause première de tous ces désordres, est bien prouvée par les antécédents évidemment syphilitiques des malades, et mieux encore, par l'autopsie de quelques-uns d'entre eux. En effet,

l'examen des organes a révélé, dans le cerveau de certains sujets, la présence de produits plastiques de la syphilis. On est donc autorisé à soupçonner la nature syphilitique de la paralysie, lorsqu'il s'agit de malades se trouvant dans les mêmes conditions étiologiques que les précédents. Enfin, la grande analogie qui existe entre les symptômes offerts par ces sujets et ceux présentés par les malades qui, ayant des manifestations externes de la syphilis, sont en même temps en proie à des accidents cérébraux diathésiques, concourt à poser le diagnostic.

Du reste, l'âge peu avancé de nos malades n'expliquerait pas, en dehors de quelque circonstance exceptionnelle, la fréquence chez eux d'accidents cérébraux; et il serait bien extraordinaire que ces accidents se rencontrassent souvent, par le fait du hasard, chez des jeunes gens qui ont précisément fourni des antécédents certains de la diathèse syphilitique, si cette diathèse même n'était pas la cause principale de leur production. Finalement le traitement spécifique, guérissant le malade, apporte une nouvelle et dernière preuve en faveur de la nature syphilitique de l'affection.

Chez les malades soumis à notre observation, la sensibilité a toujours été conservée, parfois même elle a été exagérée. (Observations XXVI et XXVII.)

D'une manière générale, la moitié paralysée du corps était dans la résolution, excepté à une époque avancée de la maladie et lorsque les individus succombaient avec les symptômes d'un ramollissement cérébral. On est en droit de se demander si, dans ces cas, le ramollissement cérébral constaté sur le cadavre n'était pas consécutif à une tumeur qui l'aurait précédé, et qui n'aurait traduit primitivement sa présence que par la paralysie. Ce qui plaide en faveur de cette manière de voir, c'est que les

[redacted]

tumeurs gommeuses de l'encéphale étaient souvent entourées de substance cérébrale manifestement ramollie, dans les cas où l'examen nécroscopique a pu être fait. Chez l'un de nos malades, on trouva, outre les gommes entourées de substance cérébrale ramollie, des dépôts plastiques siégeant au milieu de la matière encéphalique conservant ses caractères normaux. Aucun symptôme ne dénotait chez lui un trouble dans les fonctions nerveuses dévolues à la portion de l'encéphale où siégeaient ces dépôts. L'observation nous enseigne donc que des tumeurs syphilitiques, même considérables, peuvent n'amener aucun phénomène morbide, lorsque le tissu cérébral ambiant a conservé ses caractères normaux. Enfin, chez le malade n° 26, l'existence de la tumeur était tellement douteuse, que le chef de service était porté à considérer cette observation comme un exemple de ramollissement cérébral pur et simple. On trouva cependant à l'autopsie un noyau jaunâtre et consistant, entouré par de la substance cérébrale ramollie. On est en droit de se demander si ce noyau n'aurait pas pu disparaître complétement, dans le cas où la vie du malade se serait encore prolongée; dans cette hypothèse, il ne serait resté, à la fin, qu'un ramollissement cérébral ordinaire, sans aucune trace de la tumeur qui l'avait déterminé. Si l'on n'admet pas cette manière de voir, il est difficile de s'expliquer comment la syphilis peut produire directement le ramollissement de l'encéphale chez des individus qui se trouvent à la fleur de l'âge, qui sont d'une bonne constitution et d'une santé ordinairement excellente, en un mot, chez des personnes qui ne présentent aucune des conditions habituelles qui favorisent le développement de cette affection. Enfin, ainsi qu'on en sera convaincu par l'étude des faits, les symptômes de la cérébrite, parmi lesquels nous cite-

rons en premier lieu la fièvre, ne surviennent que quelque temps après le début de la paralysie ; celle-ci doit donc reconnaître une autre cause que l'inflammation primitive de la substance cérébrale. Chez quelques-uns de nos malades, la paralysie est survenue brusquement et comme si elle avait été déterminée par une hémorrhagie cérébrale. Jamais ces malades n'ont présenté les symptômes d'un ramollissement inflammatoire. Est-ce à un véritable foyer apoplectique qu'il faudrait attribuer la production de ces phénomènes cérébraux ? Au lieu de nous livrer à des hypothèses gratuites, nous aimons mieux mettre sous les yeux du lecteur l'histoire détaillée des faits à notre connaissance, faits que nous ferons suivre des réflexions qu'ils nous ont suggérées.

OBSERVATION XXVI. — *Hémiplégie. — Syphilides tuberculeuses. — Autopsie. — Noyau gris jaunâtre et ramollissement cérébral.*

X..., garçon de café, âgé de 21 ans, est entré à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Cullerier, salle n° 11, lit 35, au commencement du mois de septembre 1858.

Son père et sa mère vivent et sont bien portants. Aucune affection cérébrale ou nerveuse n'existe dans sa famille, du moins à sa connaissance. Lui-même d'une bonne santé habituelle n'eut jamais aucune maladie sérieuse ; il est blond, lymphatique, bien développé, d'un embonpoint médiocre. Il n'a pas d'habitudes alcooliques. Depuis cinq ans il est sujet à des maux de tête qui siégent au sinciput. Ces douleurs surviennent toutes les semaines ou deux fois par mois, et atteignent parfois une violence telle que le malade est obligé d'aller se coucher.

Cette céphalalgie s'accompagne d'étourdissements et de vertiges sans vomissements. La vue se trouble ainsi que l'intelligence ; le malade ne comprend plus ce qu'on lui dit, et ne peut continuer son service. Après un repos de deux heures environ, X... peut reprendre son travail.

Il y a environ un an qu'il eut un chancre sur le prépuce; c'était sa première et unique affection vénérienne; ce chancre s'est cicatrisé au bout de six semaines.

Il n'y a pas eu d'adénite suppurée. Quinze jours après l'apparition du chancre, le malade entra dans la division de M. Cullerier, et une semaine après son admission parurent les premières manifestations diathésiques, savoir : l'alopécie, une roséole générale, et, quelques jours plus tard, une éruption pustuleuse disséminée par tout le corps.

Dès son entrée à l'hôpital il fut traité par la liqueur de Van Swieten dont nous ne pouvons savoir la dose prescrite.

Six semaines après l'apparition du chancre et un mois après sa réception à l'hôpital, le malade eut des plaques muqueuses des lèvres et des piliers du voile du palais; en même temps il fut pris de maux de tête très-violents, qui revenaient tous les jours et duraient quelquefois toute la journée et une grande partie de la nuit. Cette céphalalgie était terrible, au dire du malade, et bien plus atroce que celle qu'il éprouvait habituellement. Cependant elle siégeait également au sinciput. Il n'éprouvait pas de douleurs dans les membres, soit avant, soit après l'apparition des symptômes secondaires.

Quelques semaines après, le sublimé fut remplacé par l'iodure de mercure (5 centigrammes par jour; tisane de gentiane). Il suivit très-régulièrement pendant trois mois entiers le traitement mercuriel, après quoi il prit pendant quatre semaines 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Les effets de la médication spécifique ne se firent pas longtemps attendre; car, un mois et demi après l'institution du traitement, tous les phénomènes avaient disparu complétement (plaques muqueuses, éruption cutanée, céphalée); après quatre mois de séjour à l'hôpital, il quitta l'établissement, avec le consentement du chef de service, et reprit son travail qu'il continua pendant sept mois, sans qu'aucun nouveau symptôme révélât chez lui la persistance de la diathèse. Les maux de tête habituels chez ce malade avaient aussi diminué de fréquence et d'intensité.

Il y a deux mois environ, il commença à éprouver une douleur assez forte dans le côté droit de la tête, douleur siégeant constamment à la même place, au milieu de la région pariétale. A la même époque, la contractilité musculaire de toute la

moitié gauche du corps éprouvait une diminution progressive. Les os de la jambe étaient le siége de douleurs ostéocopes; une syphilide tuberculeuse parut sur le front et les téguments du thorax. Quoique avec beaucoup de difficulté, le malade a pu se rendre à pied à l'hôpital du Midi, où nous l'avons vu huit jours après son admission. Nous avons constaté, à l'examen, des syphilides tuberculeuses du front et du tronc; les unes en voie de cicatrisation, les autres en pleine ulcération. Au dire du malade, ces tubercules se sont développés en même temps que le côté gauche du corps était frappé de faiblesse. Alopécie très-prononcée ; il existe à la région cervicale une syphilide maculeuse caractérisée par des taches dont quelques-unes ont une teinte cuivrée. Leurs dimensions varient depuis la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes. Syphilide pustuleuse du cuir chevelu. La face est déviée et portée à droite; à gauche, elle est plate et affaissée. Les sens sont à l'état normal. Douleurs de tête excessivement fortes par moments, mais indifféremment le jour ou la nuit. Elles siégent à la région pariétale du côté droit.

La moitié gauche du corps est tout à fait privée de mouvement ; les membres dans la plus complète résolution tombent comme des masses inertes; la langue n'est pas deviée; le malade parle assez bien, mais avec lenteur. Il ferme bien les deux yeux. Les sphincters vésical et anal sont paralysés; aussi le malade est-il gâteux. Plusieurs fois, dans l'espace de vingt-quatre heures, les membres paralysés sont le siége de mouvements convulsifs. *La sensibilité est exagérée* dans la moitié paralysée. Le sentiment de la température est conservé. Intelligence et mémoire affaiblies. L'interrogatoire que je viens de lui faire subir paraît l'avoir beaucoup fatigué. Il n'y a pas d'état fébrile ; le pouls bat soixante-dix fois par minute.

Traitement. — Iodure de potassium, 1 gramme, et successivement jusqu'à 4 grammes par jour.

Ce traitement fut continué pendant un mois et demi. Sous son influence les syphilides tuberculeuses de la peau se sont presque complétement cicatrisées. Mais le malade est dans le même état quant à sa paralysie et les autres symptômes précédemment énumérés.

Le 5 novembre on suspend l'iodure et on lui donne

une pilule de strychnine. La dose du médicament fut augmentée progressivement. Dès le second jour de ce traitement, les membres furent contracturés et maintenus dans la demi-flexion. Le pied était dans l'extension avec roideur très-prononcée. Convulsions tétaniques dans tous les membres; l'attaque débutait toujours par la jambe gauche, et durait à la fin pendant quatre ou cinq minutes; mais, outre les convulsions partielles, il en existait de générales et d'assez fortes pour jeter le malade hors du lit, sans l'intervention de ses voisins; ces douleurs arrachaient au malade des cris déchirants; ses yeux étaient hagards. Pas de strabisme. Le 18 novembre, le malade prenait pour le second jour, *cinq centigrammes* de strychnine en plusieurs pilules, ce qui était dû à une erreur commise à la pharmacie; il avait déjà pris deux pilules le matin vers sept heures. A la visite, il ne présentait rien de particulier; vers neuf heures et demie, il fut pris de convulsions générales très-douloureuses, se reproduisant à de très-courts intervalles. De temps en temps, il y avait un spasme du larynx, qui empêchait, pendant quelques secondes, l'entrée de l'air dans les poumons. Les pupilles, médiocrement dilatées, étaient tournées en haut. Pas de troubles intellectuels. L'interne de garde appelé prescrivit d'abord une potion calmante, puis un vomitif sans obtenir aucun effet. Deux heures après, le malade mourut.

Autopsie. — Le crâne, ainsi que le canal rachidien, est ouvert et attentivement examiné. On n'y voit aucune altération osseuse. Les membranes encéphalo-rachidiennes, quoique parfaitement saines, sont un peu plus injectées qu'à l'état normal.

La surface du cerveau présente, à la partie moyenne du *lobe droit* et à sa face supérieure, un ramollissement bien visible; on y reconnaît, par le palper, une sorte de fluctuation; ce ramollissement est très-manifeste à la coupe; le tissu cérébral est désorganisé dans une grande étendue; cette lésion existe à 3 centim. de l'extrémité du lobe antérieur et à 11 de l'extrémité du lobe postérieur. En profondeur, cette lésion s'étend jusque près du ventricule latéral dont elle est séparée par une lame de tissu cérébral sain. Dans la portion qui correspond au corps strié, la masse cérébrale présente *un noyau d'un gris jaunâtre*, du volume d'un gros pois et d'une consistance supérieure

à celle de la matière cérébrale ramollie, qui l'entoure. Rien dans les ventricules. Injection considérable du plexus choroïdien. L'autopsie a été faite par notre ami le docteur Témoin, alors interne du service.

Réflexions. — Nous voyons tout d'abord chez ce malade des céphalalgies violentes avant qu'il n'ait contracté la syphilis constitutionnelle ; cela dénoterait-il chez lui une prédisposition aux affections encéphaliques?

La syphilis ne datait chez lui que d'un an, et malgré le traitement régulier auquel il fut soumis de très-bonne heure, l'évolution de ses manifestations n'a pu être empêchée ; ce qui aurait pu faire prévoir, jusqu'à un certain point, l'aptitude de la part de ce malade à en être gravement affecté.

Sept mois après la disparition des symptômes syphilitiques, il lui survint une douleur vive à la région pariétale droite, des douleurs ostéocopes des tibias, et des tubercules syphilitiques de la peau. A la même époque a débuté l'hémiplégie gauche. Ce n'est que deux mois après le début de ces symptômes qu'il fut de nouveau soumis aux antisyphilitiques, et lorsque l'hémiplégie était déjà complète. Il est donc très-rationnel d'attribuer l'affection cérébrale à la syphilis constitutionnelle, sans être arrêté par l'insuccès d'une médication, un peu tardivement instituée.

Ce malade a succombé à un ramollissement cérébral qui avait déjà manifesté son existence par plusieurs symptômes, tels que l'hypéresthésie de la moitié paralysée, les contractures, la faiblesse de l'intelligence, etc. En effet, il a été trouvé à l'autopsie un ramollissement cérébral très-étendu, entourant un noyau jaunâtre consistant et ressemblant aux tumeurs gommeuses. Il est permis de croire qu'un dépôt plastique effectué au milieu de la substance cérébrale avait déterminé l'inflammation de cette

dernière. Il n'est donc pas étonnant que les spécifiques n'aient rien pu faire contre cette cérébrite, à laquelle la mort paraît devoir être imputée. Ainsi qu'on l'a vu, il ne s'agissait pas chez ce malade de troubles purement de compression, comme les tumeurs gommeuses en déterminent, mais de tous les symptômes du ramollissement cérébral le plus grave.

OBSERVATION XXVII. — *Hémiplégie à droite succédant à une paralysie faciale. — Hypéresthésie du côté paralysé. — Conservation des sens. — Pas de contracture. — Déviation de la luette. — Affaiblissement de la mémoire. — Syphilide maculeuse du cou. — Taches cuivrées et cicatrices foncées sur diverses parties du corps.*

La nommée V..., âgée de 21 ans, couturière, est entrée, le 18 novembre 1858, à l'hôpital des Israélites, rue Picpus, et fut couchée au lit n° 9. Native du grand-duché de Bade, elle habite Paris depuis deux ans et demi. Elle entra au mois d'avril dernier à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. le professeur Jarjavay, où elle resta jusqu'au mois d'octobre. Elle avait, à cette époque, une paralysie faciale commençante du côté droit, datant d'une semaine, et qui devint complète dix jours après son admission; les mouvements de la face du côté droit étaient impossibles; les traits étaient épanouis; la commissure abaissée; la paupière à moitié fermée; les larmes coulaient sur la joue; la parole était difficile et incompréhensible; la sensibilité tactile était conservée. Elle n'éprouvait du reste aucune douleur. Elle avait en même temps une adénopathie cervicale et inguinale double très-prononcée, une éruption ecthymateuse de la peau, de l'alopécie et des plaques muqueuses de l'isthme du gosier. On lui ordonna une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure par jour, et en même temps de l'iodure de potassium dont la dose fut progressivement portée à 4 et à 5 grammes par jour. Des vésicatoires furent aussi appliqués à plusieurs reprises sur le trajet du facial.

La malade ne s'était jamais aperçue de l'existence d'un chancre, ni d'aucun autre accident du côté des organes génitaux; de

sorte qu'il fut impossible de remonter au début de l'affection syphilitique; elle nous affirme cependant qu'en octobre 1857 *elle remarqua des boutons sur la peau des membres et du tronc.*

Aucun médicament ne fut administré avant son entrée à l'hôpital de Lourcine. Quoi qu'il en soit, après sept mois de traitement régulier, elle sortit de Lourcine améliorée mais non guérie; elle parlait et mangeait très-bien; les mouvements étaient revenus aux muscles de la face; mais, dans les fortes contractions musculaires, comme pendant le rire ou la conversation, on saisissait une différence notable entre le côté malade et le côté sain. Les boutons ont disparu; mais les taches qu'ils ont laissées à leurs suites étaient encore d'une couleur cuivrée très-foncée.

On lui conseilla de continuer exactement son traitement. A peine avait-elle quitté l'hôpital qu'elle cessa tout traitement pour mener une vie des plus désordonnées.

La malade n'éprouvait néanmoins rien de particulier, lorsque la veille de son admission à l'hôpital de la rue Picpus, sans aucun prodrome, sans mal de tête, sans affaiblissement préalable des membres, elle fut subitement frappée de paralysie. Le soir elle se coucha sans ressentir aucun précurseur de l'accident qui la menaçait, et ce n'est qu'à quatre heures du matin que, voulant changer de côté, elle s'aperçut que la moitié droite du corps était soustraite à l'empire de la volonté.

Le 1er décembre 1858 elle porte un grand nombre de taches cuivrées sur plusieurs parties de la peau, principalement sur les membres inférieurs; plusieurs de ces taches ont la grandeur d'une pièce d'un franc; il y en a dont le centre est blanc.

Au cou on remarque un grand nombre de taches irrégulières ardoisées ou bistres, séparées par une coloration blanche qui les fait mieux ressortir. De nombreuses cicatrices irrégulières dont plusieurs d'un aspect gauffré et de la grandeur d'une lentille, siégent à la région frontale, où l'on voit également des taches de même couleur que celles des membres. Sur plusieurs parties du tronc, il existe des cicatrices profondes, irrégulières, consécutives à une éruption ecthymateuse profonde.

Une grande plaque de psoriasis siége sur la joue droite; elle est de la grandeur d'une pièce d'un franc. Point d'adénite; point d'exostose.

La sensibilité est exaltée sur la moitié droite du corps; la pression y est douloureuse; la malade sent le chatouillement aussi bien à droite qu'à gauche. Cette exploration ne détermine pas de mouvements réflexes. La sensation de la température est également conservée; la malade accuse de la douleur quand on applique un vase froid sur les parties paralysées.

Jamais de douleurs dans les masses musculaires, ni dans les os des membres. Jamais de mouvements convulsifs; la température du corps est à peu près égale des deux côtés; le sentiment de la position des membres est conservé; la malade est dans l'impossibilité d'exécuter le moindre mouvement actif du côté droit. Les membres peuvent être placés dans n'importe quelle position, mais aussitôt abandonnés à eux-mêmes ils tombent comme des masses inertes.

La commissure droite est rapprochée de la ligne médiane. Les paupières peuvent, par leur contraction, recouvrir complétement le globe oculaire; le sourcil est immobile, la joue large et plate. La langue n'est pas déviée. La vue et l'ouïe sont intactes; pas de bourdonnements. Le goût est conservé. La prononciation est difficile, cependant la malade peut s'exprimer assez distinctement.

La luette est déviée à gauche; les piliers de ce côté sont bien plus tendus que les droits, qui sont comme relâchés. Depuis sa réception à l'hôpital, elle sent sa mémoire diminuer; elle se rappelle encore assez bien des faits antérieurs à son hémiplégie; mais elle oublie facilement les choses récentes. Aucun autre trouble intellectuel. La menstruation a toujours été régulière chez elle. Elle prend tous les jours 1 centigramme de bichlorure de mercure. Sous l'influence de ce traitement, son état s'améliore successivement, surtout quant à la parole.

Le 29 janvier elle peut se servir de sa main droite; les mouvements sont revenus dans tout le côté paralysé, mais incomplétement. La luette est moins déviée. Il n'y a plus d'hypéresthésie.

Les traits ne sont plus déviés que dans la contraction des muscles de la face; pendant le rire, par exemple; les taches syphilitiques se sont presque effacées. Le psoriasis du cou a disparu. En un mot, il y a une amélioration très-notable dans

tous les symptômes. Il nous fut impossible de revoir la malade depuis.

Réflexions. — La syphilis datait chez cette femme de quinze mois au moins, lorsqu'elle a eu la paralysie de la moitié du corps. Cette malade resta sous l'influence de la syphilis et vierge de tout traitement pendant près de huit mois. C'est à cette époque qu'elle entra à Lourcine, dans le service de M. le professeur Jarjavay, pour une paralysie faciale. Aucune tumeur apparente ne comprimait le nerf facial. Le chef de service avait attribué la paralysie faciale à une tumeur syphilitique de l'encéphale.

Le traitement mercuriel ayant dissipé toutes les manifestations extérieures de la vérole, en même temps qu'il guérit la paralysie, ce résultat confirma pleinement le diagnostic posé à Lourcine. Mais l'interruption prématurée des spécifiques permit à la syphilis, demeurée à l'état latent, d'amener plus tard de nouveaux accidents, au nombre desquels il faut placer l'hémiplégie.

Il est donc rationnel d'admettre, dans le cas présent, l'existence d'une tumeur qui, considérablement réduite sous l'influence des antisyphilitiques administrés à Lourcine, augmenta plus tard de volume et atteignit des dimensions beaucoup plus grandes que la première fois; témoin l'extension de la paralysie à toute la moitié du corps, tandis qu'elle était primitivement limitée à la face. Il faut admettre nécessairement que cette tumeur avait augmenté de volume pour qu'elle ait pu déterminer une paralysie bien plus étendue que celle qui existait au mois d'avril 1858.

Cette manière de voir trouve enfin un argument puissant dans les résultats obtenus de nouveau, chez cette malade, par les antidotes de la diathèse syphilitique.

OBSERVATION XXVIII. — *Hémiplégie. — Syphilis antérieure; périostose mastoïdienne; phénomènes paralytiques du membre pelvien droit, puis de toute la moitié droite du corps.*

X..., avoué, eut en 1843 des accidents primitifs.

En 1847 le docteur Lediberder le soigna pour des périostoses syphilitiques et le soumit à un traitement mercuriel dont nous ne pouvons savoir la durée.

Sous l'influence de ce traitement l'état de M. X... s'améliora notablement, bien qu'il l'ait interrompu sans consulter son médecin.

Au commencement de 1851, il éprouva des douleurs générales, mais siégeant surtout dans la jambe droite; elles ont disparu après quinze jours de durée, laissant dans la partie affectée une faiblesse considérable. Il fut soumis à un traitement sulfureux (bains de Baréges), sans aucune amélioration.

Au mois de septembre la faiblesse du membre pelvien droit augmente en même temps que sa sensibilité diminue; en effet le malade ne sent presque plus les aspérités du sol, il ne s'aperçoit même pas lorsque son pied touche par terre. Roideur des articulations, grande difficulté pour se baisser et se relever. Miction paresseuse. Pendant le mois d'octobre et de décembre, il prit de la strychnine, on lui posa des cautères, puis des moxas sans aucune amélioration. Plus tard il prit des pilules de Déhaut à profusion.

En avril 1852, aux symptômes précédents vint s'ajouter la sensation fréquente d'un froid parcourant le membre pelvien droit, en même temps qu'une constriction du bassin et de l'aine droite. Quelque temps après, l'épaule, ainsi que le bras droit, fut envahie par une douleur vive, incommode surtout pendant le sommeil. Le malade fut mis à la teinture de colchique sans aucune amélioration. Plus tard toute la moitié gauche du corps devint faible et peu sensible.

Il entre le 8 juin 1852 à la Maison de santé de la rue de Lourcine, portant encore les traces de périostoses à la région mastoïdienne gauche.

M. Ricord diagnostiqua des accidents tertiaires de la base du crâne, déterminés par l'affection syphilitique contractée en

1843. L'iodure de potassium fut prescrit d'abord à la dose de 1, puis de 2 et 3 grammes par jour, conjointement avec les bains sulfureux et les douches sur la colonne vertébrale; enfin un emplâtre de Vigo *cum mercurio* fut appliqué sur le rachis.

Ce traitement suivi pendant cinq semaines amena une amélioration notable dans le mouvement et le sentiment. Le malade quitta l'établissement pour rentrer dans sa famille le 15 juillet 1852.

Quoique son traitement fût continué, dit-il, il n'a pu recouvrer la souplesse de ses mouvements; *sa parole devenait souvent difficile et sa mémoire s'affaiblissait. Son intelligence devint incapable de fixité, et un découragement très-prononcé* s'empara de lui, en même temps qu'une tristesse profonde.

Le 21 septembre 1856, il retourne à la Maison de santé et voici dans quel état: intelligence nette et assez prompte; mémoire en partie rétablie. L'hémiplégie n'a laissé qu'un peu de faiblesse à gauche; il y a une différence peu appréciable entre les deux côtés; mais les membres droits et gauches sont plus faibles et moins agiles qu'à l'état normal. La marche est assez bonne; les pieds sentent parfaitement le contact du sol; les mouvements s'exécutent avec assez de facilité; cependant la jambe gauche est plus paresseuse que la droite; sa température aussi paraît être plus basse. La constipation est habituelle chez le malade; elle est parfois interrompue par la diarrhée. Dans ce cas il ne peut, malgré ses efforts, retenir les matières fécales. La miction est paresseuse.

Prescription.—Iodure de potassium et douches sur la colonne vertébrale. Sous l'influence de ce traitement, il s'améliora de nouveau très-sensiblement et quitta la maison le 1er décembre.

M. X... continua régulièrement son traitement chez lui pendant près de cinq mois; sa santé fut entièrement rétablie. Sa guérison ne se démentit pas jusqu'en août 1857; nous ignorons ce qui s'est passé à partir de cette époque.

Remarques. — L'impuissance des diverses médications employées, la coexistence de périostoses et de l'hémiplégie, et le succès du traitement spécifique, autorisent à rattacher à la syphilis constitutionnelle les troubles du

système nerveux observés chez ce malade. Quant à la localisation de la lésion, il est rationnel de la placer dans le crâne, vu les désordres intellectuels qui ont coïncidé avec la paralysie du mouvement. Vouloir préciser davantage le siége de la lésion, ce serait se lancer dans des conjectures qu'aucune raison probante ne pourrait justifier.

OBSERVATION XXIX. — *Syphilis constitutionnelle. — Pertes de connaissance. — Accès maniaques suivis d'hémiplégie. — Intelligence nulle. — Traitement antisyphilitique, guérison presque complète. — Rechute. — Mort.*

Y..., étudiant, âgé de 24 ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé habituelle, avait commis des excès de femmes pendant plusieurs mois jusqu'en décembre 1857. A cette époque il eut une blennorrhagie et une balanoposthite dont il fut guéri vers le 21 janvier. Il avait pris du copahu et avait fait entre le gland et le prépuce des injections d'abord émollientes, puis caustiques.

Le 28 janvier 1858 il contracte un chancre qui s'indure. En février le malade entre à l'hôpital du Midi, dans les salles payantes, présentant des plaques muqueuses et des syphilides. Il y fait un séjour de deux mois. M. Ricord lui prescrit une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure, puis deux et trois par jour. Après avoir quitté l'hôpital il continua son traitement, mais d'une manière très-irrégulière.

Le 4 mai 1858, le malade, pris d'un violent mal de tête, consulta M. Ricord qui fit suspendre le traitement mercuriel. Jamais avant cette époque il n'avait souffert de la tête. Personne dans sa famille n'a présenté d'affection cérébrale.

Le 6, les maux de tête continuent et Y.... en descendant l'escalier de son hôtel tombe sans connaissance. Revenu à lui-même, le malade n'offrait aucun symptôme morbide du côté de la motilité, ou de la sensibilité. On lui ordonna un vomitif et il partit pour Sens le 12 du mois, pour rentrer dans sa famille. Les douleurs continues de la tête ont persisté avec la même intensité; elles ont résisté aux applications de sangsues et de vésicatoires.

Le 1er juin il est pris de délire, *il s'agite, il crie, il tient des propos sans suite.* Sous l'influence d'un vomitif il paraît se calmer pendant quelques heures; mais bientôt les maux de tête reviennent avec la même violence.

Le 7 juin il est soumis à l'iodure de potassium dont il a pris de 1 à 2 grammes 1/2 par jour. Mais peu de temps après l'institution de ce traitement, il survient des troubles gastriques qui obligent de le suspendre. Le malade continue à avoir le délire tous les quatre ou cinq jours, précédé ou suivi d'hébêtement.

Le 1er juillet, à la suite d'un accès de délire, il survient une paralysie de toute la moitié du corps. Le malade est remis à l'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes par jour.

Quelques jours après il paraît une syphilide palmaire très-prononcée, aux deux mains. Son état reste le même; rien n'est changé dans le traitement jusqu'au commencement d'août 1858, époque à laquelle on le transporte à la Maison de santé de la rue de Lourcine.

La moitié gauche du corps est entièrement paralysée; les membres sont dans une résolution complète et les traits de la face déviés à droite; les paupières fermés; le sourcil immobile; l'œil n'est pas dévié; la pupille est un peu dilatée; la vue est bien conservée; la tête est penchée vers l'épaule droite qui est plus élevée que la gauche; la sensibilité est tout à fait normale. Mouvements réflexes pendant le chatouillement. La langue est déviée à gauche; la parole est lente et difficile; l'intelligence nulle. L'urine et les matières fécales sont rendues involontairement; le malade ne s'en aperçoit même pas. La face n'est pas congestionnée. Il n'y a pas de fièvre. Le malade accuse des douleurs vives et continues du côté droit de la tête. Il présente des syphilides palmaires bien caractérisées dont plusieurs sont brunes et d'une teinte cuivrée très-prononcée.

Traitement. — Un vésicatoire est appliqué sur le cuir chevelu. On le panse tous les jours avec 4 grammes d'onguent mercuriel; frictions sur la colonne vertébrale avec 3 grammes d'onguent mercuriel par jour. La dose en est progressivement portée jusqu'à 6 grammes. L'iodure de potassium est prescrit à dose progressivement croissante. On commence par 50 centigrammes pour atteindre la dose de 3 grammes par jour, dans l'espace d'une semaine.

Douze jours après son entrée à la Maison de santé, les maux de tête ont complétement cessé; le malade commence à remuer faiblement la jambe ; l'intelligence s'éclaircit; la parole est un peu plus facile; il n'y a pas de mouvements convulsifs ; mais la main gauche est un peu contracturée. X.... est tourmenté par des érections nocturnes. Depuis cette époque l'amélioration a toujours marché à grands pas. Un mois et demi après son admission à la Maison de santé, les mouvements sont revenus à la jambe; le malade marche sans bâton; quand la plante du pied gauche va quitter le sol, il relève le pied, du talon vers la pointe ; mais celle-ci traîne un peu pendant la propulsion du pied en avant. La parole est libre; mais l'intelligence toujours un peu lente et confuse ; il faut l'interroger pour le faire parler. La mémoire est intacte.

Il urine sans difficulté; il en est de même pour la défécation; cependant il ne peut pas retenir longtemps les matières fécales. La langue se porte également des deux côtés, les taches de la peau ont disparu ; quelques légers mouvements convulsifs ont lieu de temps à autre dans les membres du côté malade; ils sont rares, et se présentent plus souvent au bras qu'à la jambe; la sensibilité est exagérée du côté paralysé; les douleurs de tête ne sont plus revenues. Trois mois après son entrée (30 octobre), le malade quitte la Maison de santé dans l'état suivant : Les plis du front sont réguliers; les paupières s'ouvrent et se ferment des deux côtés normalement; la joue gauche est un peu pendante; la commissure est encore un peu déviée à droite; la main gauche est plus faible que la droite; le membre thoracique reste dans la demi-flexion, ainsi que les doigts; mais le malade peut les redresser en contractant ses extenseurs. Il continuera chez lui l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour.

De retour à Sens, et voyant que son état s'améliorait de plus en plus, il met bientôt de côté son traitement; c'était au commencement de janvier. Peu après, les accidents paralytiques commencent à s'aggraver; les mouvements du côté gauche du corps deviennent de plus en plus difficiles, et peu précis; la parole s'embarrasse; déjà, quelques jours avant, il éprouvait des douleurs très-vives dans la tête; peu de temps après, un écoulement purulent très-abondant a lieu par l'oreille droite.

Tous ces symptômes acquièrent leur maximum d'intensité vers le commencement de février, époque à laquelle ses parents le font revenir à Paris, et le placent à la maison municipale de santé, où il est admis le 5 février. Il est atteint d'une hémiplégie gauche complète avec contracture; l'oreille droite laisse couler un pus abondant; la parole est difficile; très-souvent le malade ne répond pas aux questions; il rit ou il pleure sans raison. L'intelligence est gravement atteinte. X... refuse par moments de se laisser examiner; de temps en temps il a un peu de strabisme; le sommeil est très-interrompu. Une consultation a lieu entre MM. Rostan, Ricord et Vigla. D'après M. Ricord, il y aurait un foyer hémorrhagique, suivi de ramollissement; accidents qui pourraient reconnaître pour première cause une ostéite syphilitique. Pour M. Rostan, une maladie osseuse, dépendant de la syphilis, a déterminé le ramollissement.

Le nez est d'une couleur livide; le malade éprouve des douleurs vives quand on y touche; l'organe est tuméfié et un peu déformé; ces signes font présumer une affection de sa charpente. Les jours suivants, l'état du malade s'est empiré; l'écoulement par le nez a continué; il survint bientôt de la surexcitation cérébrale se traduisant par de l'agitation, de la carphologie et des cris. A ces accidents succède un coma profond qui se termine par la mort. L'autopsie n'a pu être faite.

Réflexions. — Nous voyons chez ce malade ce que l'on rencontre malheureusement beaucoup trop souvent; la diathèse syphilitique conserve son intensité, malgré le traitement spécifique qu'on lui a opposé de très-bonne heure, et fait explosion d'une manière subite lorsqu'on s'y attendait le moins. Les accidents nerveux ont consisté chez ce malade d'abord en des céphalées intenses, suivies bientôt de perte de connaissance et d'accès de manie qui se répétaient tous les deux ou trois jours, sans aucune perversion dans le mouvement. La syphilide palmaire vint ensuite nous donner une nouvelle preuve de l'existence de la diathèse dans toute sa force.

Ces accès de manie, coïncidant avec les céphalées violentes et avec d'autres manifestations syphilitiques, chez un homme qui n'a jamais rien eu de semblable et sans prédisposition héréditaire, doivent certainement être rattachés à la syphilis constitutionnelle.

Existait-il chez ce malade une tumeur qui, surexcitant l'encéphale, produisait le délire? Cette manière de voir paraît réunir en sa faveur les plus grandes probabilités. En admettant l'existence d'une tumeur, on comprend qu'elle ait déterminé l'hémiplégie lorsqu'elle a atteint un certain volume. Enfin tous les symptômes cérébraux et cutanés ont disparu par l'emploi de l'iodure de potassium que le malade n'a pu supporter. A peine quelque temps s'est-il écoulé, depuis la suspension de ce traitement, que des symptômes fort alarmants éclatent de nouveau. La manière dont ces divers phénomènes se sont succédé, les alternatives d'amélioration et de récidive, coïncidant toujours avec la reprise ou la suspension des spécifiques, ainsi qu'on a pu le voir dans l'observation, ces raisons éloignent l'idée d'une hémorrhagie cérébrale dont on ne retrouve pas d'ailleurs, dans le cas qui précède, la marche habituelle. L'écoulement purulent par l'oreille et les symptômes que ce malade a présentés avant sa mort ont fait diagnostiquer un ramollissement, consécutif à une lésion osseuse déterminée par la syphilis.

Observation XXX. — *Syphilis congéniale. — Accidents cérébraux. — Accès consistant en perte de connaissance, sans mouvements convulsifs, sans cris, sans morsure de la langue. — Trouble de la vue, paraplégie, perte de la mémoire. — Douleurs frontales et dorsales. — Père syphilitique, sœur également atteinte de syphilis héréditaire.*

Le nommé J..., âgé de 26 ans, chapelier, n'a jamais eu ni chancre, ni chaudepisse. Il mène une vie très-régulière et tranquille. Bon ouvrier, il ne commet jamais d'excès.

Son père eut, à plusieurs reprises, des manifestations syphilitiques; une fois, entre autres, il resta pendant six mois au lit pour *des chancres et des boutons*. Quoique marié, il menait la vie la plus désordonnée. Sa femme n'aurait eu aucun accident syphilitique. Elle eut trois fausses couches, et des treize enfants dont elle accoucha, il n'existe que deux, qui sont J... et sa sœur; tous les autres succombèrent peu de temps après leur naissance, ou bien à quinze, seize ou dix-huit mois. Sa sœur eut, à plusieurs reprises, des accidents du côté de la gorge, de la peau et des *fosses nasales;* accidents pour lesquels elle entra plusieurs fois à Saint-Louis, dans le service de M. Gibert, qui déclara que ces manifestations étaient consécutives à la syphilis héréditaire, et soumit la malade à l'iodure de potassium.

A l'âge de douze ans, J... eut une ulcération du voile du palais. Il ne put nous donner des renseignements précis sur sa première enfance; cependant il se rappelle avoir eu des boutons, et sa mère lui répétait souvent qu'il en avait dès son plus jeune âge. Le médecin qui le soignait prétendait qu'*il avait eu trois fois la rougeole, et trois fois la variole. Chaque fois, les boutons et les taches persistaient pendant trois mois et plus*. A l'âge de onze ans, dit-il, il eut la fièvre typhoïde.

En décembre 1857, il entra chez M. Nélaton, à la Clinique, pour subir l'opération de la staphylorhaphie. Une grande perte de substance du voile du palais empêchait la déglutition de s'opérer physiologiquement, et rendait la parole difficile et parfois inintelligible. M. Nélaton considéra la lésion comme étant d'origine syphilitique.

En septembre 1858, J. perdit connaissance pendant cinq minutes; une demi-heure avant, il avait des étourdissements et des bourdonnements d'oreilles; il n'a pas eu de mouvements convulsifs; il est revenu à lui-même avec l'intelligence intacte et la parole facile; mais les membres inférieurs étaient si faibles qu'il ne pouvait marcher, tandis que les bras conservaient toute leur force (il maniait facilement le fer pour repasser le bord de ses chapeaux). Depuis cette époque, les jambes sont restées un peu affaiblies, la gauche plus que la droite; c'était surtout après ses pertes de connaissance qu'il chancelait et risquait de tomber s'il ne s'asseyait pas.

Depuis le mois de septembre, il eut une quinzaine d'attaques revenant entre dix et onze heures du matin. Pour les prévenir, il se mettait à marcher pendant longtemps dans la rue; mais, si la faiblesse de ses jambes le forçait de s'asseoir, il perdait de suite connaissance, pendant deux ou trois minutes. Ce qui lui faisait pressentir l'accès, c'était la sensation devant les yeux d'un nuage ou d'une épaisse poussière apportée par le vent. Aux divers renseignements qui précèdent, nous devons ajouter que très-fréquemment il était tourmenté par des douleurs de tête violentes et par des souffrances dans les membres.

Le 22 novembre 1858, il entre à la Charité, salle Saint-Félix. Embonpoint médiocre; peau rosée; maux de tête fréquents soit pendant le jour, soit pendant la nuit. On ne voit sur le corps *aucun signe syphilitique*. Le voile du palais présente une grande perte de substance que la staphylorrhaphie ne parvint pas à combler. Les membres inférieurs conservent leur sensibilité; mais la marche est incertaine et vacillante; les genoux fléchissent fréquemment et le malade risque de tomber. Quelquefois les deux jambes chevauchent; le malade y éprouve souvent des fourmillements et sent comme des épingles que l'on y enfoncerait. Il n'est pas rare non plus que des mouvements convulsifs parcourent les membres inférieurs et même les bras.

Pas de bruit de souffle au cœur ni dans les vaisseaux; pas de palpitations. Appétit bien conservé. Toutes les nuits, il éprouve de violents maux de tête qui commencent vers dix ou onze heures du soir. La douleur siége au front et souvent revêt la forme lancinante et percussive. En même temps il éprouve une douleur à l'extrémité inférieure de la région dorsale, avec sentiment de constriction du ventre. Pour dissiper ces douleurs, il se dépouille de ses vêtements et s'expose ainsi au froid.

Traitement. — Douches froides.

Le malade reste dans le même état.

En décembre 1858, il eut une attaque en tout pareille à celles qui ont été décrites précédemment; quand il prévoit que son accès doit venir, il quitte son lit, se lève et marche jusqu'à ce qu'il ait éprouvé un frisson parcourant tout le corps; alors il remonte et se recouche. J... prétend prévenir ainsi ses accès. S'il fixe un objet pendant quelque temps, sa vue se trouble, ou bien il voit double. Dans ces conditions, les objets sont

souvent colorés en violet, en rouge ou en bleu. L'examen des yeux ne fait rien constater ; il n'y a pas de strabisme. Résistance moindre au travail intellectuel, à la lecture par exemple. La mémoire des faits antécédents est conservée ; mais aujourd'hui, après avoir lu une page, il ne se rappelle que fort peu de chose et quelquefois rien de ce qu'elle contient; il avait autrefois une mémoire excellente.

Janvier 1859. Nous avons revu plusieurs fois le malade, il est dans le même état. Il suit toujours le même traitement (fer, préparations amères, hydrothérapie); il n'a pas été soumis à une médication spécifique.

Réflexions. — La syphilis héréditaire existait dans la famille de ce malade, ainsi qu'on l'a vu dans son observation. Lui-même eut de nombreuses éruptions cutanées, qualifiées toujours de rougeole et de variole, puis une destruction du voile du palais, des douleurs dans la tête et les membres. Plus tard il a présenté les phénomènes cérébraux dont nous avons parlé. Il devient évident, d'après ce qui précède, que le malade se trouve encore sous l'influence de la diathèse qui, d'ailleurs, n'a jamais été combattue chez lui. Les accès avec perte de connaissance que ce malade éprouve doivent-ils être considérés comme déterminés par l'anémie, ou bien appartiennent-ils à quelque lésion de l'encéphale d'origine syphilitique? Nous répéterons que le malade peut prévenir ces accès en se mettant en mouvement. Aussitôt qu'il est arrêté dans sa marche, il perd connaissance et tombe. Nous avons dit qu'un nuage passant devant ses yeux l'avertit de l'approche de l'accès. Dans l'anémie très-prononcée les mouvements, loin de prévenir et de dissiper ces accidents, les provoquent presque constamment. Enfin, malgré un traitement tonique et fortifiant continué pendant quatre mois, ce malade se trouve toujours dans le même état qu'au moment de son admission à l'hôpital.

Il nous semble donc fort rationnel de diagnostiquer chez ce malade une affection encéphalique déterminée par la syphilis héréditaire qui lui a imprimé un cachet à jamais indélébile, en détruisant une grande partie du voile du palais.

Quant à la lésion anatomique qui donnerait naissance à tous ces accidents, malgré nos présomptions en faveur d'une exostose, ce serait se hasarder que d'admettre le fait comme existant. Cette opinion serait d'autant plus hypothétique qu'aucune des parties du squelette, accessibles aux sens, ne nous a présenté une lésion analogue, néanmoins c'est une altération de ce genre qui peut nous rendre compte, le mieux, des divers phénomènes observés chez ce malade.

OBSERVATION XXXI. — *Chancre induré en 1852, syphilide pustuleuse. — Traitement mercuriel irrégulièrement suivi. — Néanmoins pas de nouvelles manifestations jusqu'en 1857. — Mariage en 1855. — Naissance de deux enfants sains. — En 1857 syphilide tuberculeuse guérie par les mercuriaux. — En 1858 iritis et testicule syphilitique guéris par un traitement mixte. — En 1860 accidents cérébraux et hemiplégie.*

Monsieur X... est âgé de 60 ans. En 1852 il eut un chancre induré. Quelques mois après avoir contracté cette ulcération, il eut une éruption cutanée pustuleuse assez abondante, principalement sur les membres pelviens, où elle a laissé des taches foncées pendant longtemps. Ce fut ce symptôme qui, avec des douleurs rhumatoïdes vives occupant les membres, attira l'attention du malade sur son affection. Un traitement mercuriel fut prescrit par un confrère, consulté à cette époque ; mais ce traitement fut très-irrégulièrement suivi et bientôt mis complétement de côté. Néanmoins les accidents secondaires ont disparu entièrement chez M. X... qui ne présenta plus aucun signe de maladie jusqu'en 1857. En 1855 il contracta mariage, après avoir pris l'avis de son médecin qui, ne constatant rien chez son client, lui déclara qu'il était en état de se marier. En 1856 et en 1857

madame X... eut deux enfants. Le premier est un enfant mâle; le second est du sexe feminin. Tous les deux sont venus à terme, sans présenter, ni au moment de leur naissance, ni après, des symptômes de syphilis héréditaire. Ils vivent très-bien portants et bien développés.

A la fin de l'année 1857, X... eut, à la face palmaire de l'avant-bras droit, une syphilide profonde, tuberculeuse, qui laissa des cicatrices très-difformes de la peau, et des taches livides et plus tard brunâtres, pendant plusieurs mois. Cette syphilide a duré cinq mois. Elle céda à un traitement mercuriel et iodique, intervenu cinq mois après son début et suivi pendant quatre mois. En 1858, il fut atteint d'un iritis gauche, en même temps que la glande séminale droite offrait tous les caractères du testicule syphilitique. Après avoir suivi, en province, un traitement mercuriel pendant près de deux mois, M. X..., trouvant que les troubles de la vue ne cédaient pas assez rapidement, vint se faire soigner à Paris; c'était au mois d'avril de l'année 1858. C'est à cette époque que je fus consulté par le malade que je continuai à soigner pendant un mois. Notre affectionné maître M. le docteur Ricord fut appelé plusieurs fois en consultation. Voici en peu de mots quel était l'état de M. X... (je transcris les notes que j'avais prises). A gauche il existe un iritis avec synéchies postérieures et avec de nombreuses saillies anguleuses dans la circonférence de la pupille (dépôts fibrineux). Différence de couleur entre les deux champs pupillaires. La pupille gauche est trouble et non d'un beau noir comme la droite. L'iris malade se contracte à peine sous l'influence de la lumière. Cependant la pupille se dilate d'une manière assez étendue par l'instillation dans l'œil de quelques gouttes de solution de sulfate d'atropine. Enfin la couleur de l'iris gauche ne ressemble plus à celle de la droite. Elle a changé par l'effet de l'inflammation. La vision est confuse de ce côté-là. Le malade voit les objets comme voilés. L'examen à l'ophthalmoscope n'a pas eu lieu. Douleurs de tête violentes, tantôt diurnes tantôt nocturnes et siégeant surtout à gauche.

Testicules syphilitiques : le droit a éprouvé en grande partie la dégénérescence fibreuse. Il offre une surface inégale rugueuse; en d'autres termes la membrane fibreuse du testicule est épaissie sur plusieurs points. Il a diminué de volume. La

sensibilité physiologique de la glande existe à peine sur une petite étendue, voisine de la tête de l'épididyme.

A gauche la glande séminale est saine; mais le corps d'Hygmore, gonflé, annonce la tendance de la maladie à envahir la glande. Cicatrices profondes sur l'avant-bras droit. Elles sont constituées par une série de dépressions irrégulières de la peau, rangées en cercle dont la partie centrale est formée par de la peau à l'état normal.

Traitement. — Pilules d'iodure de mercure, chacune de 5 centigrammes. X... en a pris une et plus tard trois par jour. Iodure de potassium, 3 grammes par jour. Frictions autour de l'orbite avec de l'onguent napolitain belladonné. Après avoir continué sa médication pendant quelque temps à Paris, le malade, en voie d'amélioration, notamment pour ce qui concerne ses douleurs de tête et son iritis, rentre chez lui pour compléter son traitement. En effet nous avons su depuis que Monsieur X... continua pendant trois mois, après son départ de Paris, les médicaments ordonnés plus haut et qu'il les suspendit de l'avis de son médecin, lorsqu'il ne restait plus aucune manifestation révélant l'activité de la syphilis.

Au mois de mars 1860, au milieu d'une parfaite santé, M. X... fut pris d'un hoquet opiniâtre qui dura 13 jours. Les bains, les émissions sanguines, les ventouses et la glace ont peu soulagé le malade. Néanmoins le hoquet disparut plus tard pour reparaître de temps en temps d'une manière passagère. Vers la fin du même mois, M. X... éprouvait une lourdeur de tête et des vertiges occasionnant souvent des vomissements.

Le 24 mars, à son lever du lit, il s'est senti chanceler. Les jours suivants, tous ces prodromes augmentèrent progressivement; puis il lui est survenu une faiblesse croissante dans le bras et la jambe du côté gauche, avec paralysie faciale du même côté, et embarras de la parole. Cependant M. X... n'a jamais eu d'attaque, avec ou sans perte de connaissance; l'intelligence s'est conservée dans toute sa netteté. Des sangsues furent appliquées à l'anus; des sinapismes furent promenés sur les membres inférieurs; des purgatifs furent souvent administrés; mais tous ces moyens n'ont produit aucun résultat favorable. M. X... devint de plus en plus hémiplégique. Le 1er juin, on applique un séton à la nuque.

Le 20 juin, M. X... revient à Paris. Je le trouve dans l'état suivant : Déviation des traits de la face dont le côté gauche paraît épanoui. La face est plate, la commissure abaissée, la narine affaissée ; l'œil ne se ferme qu'avec quelque difficulté. La main gauche serre très-faiblement. Impossibilité de la porter activement sur sa tête. Pas de contracture ; le pied traîne pendant la marche ; c'est par des mouvements pelviens que le malade opère la propulsion de sa jambe gauche. Celle-ci est roide, comme une jambe artificielle. Le malade éprouve fréquemment des fourmillements, soit dans le membre thoracique, soit dans le membre pelvien du côté gauche ; la sensibilité au contact et à la température est conservée. Jamais de mouvements convulsifs ; la parole est embarrassée ; néanmoins, M. X... s'exprime d'une manière compréhensible ; difficulté pour aller à la garde-robe ; miction normale ; douleurs de tête intenses par moments, mais indistinctement le jour ou la nuit ; elles siégent à la région pariétale droite. L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune manifestation syphilitique appréciable ; facultés intellectuelles normales. On trouve chez lui les cicatrices profondes de la syphilide tuberculeuse, ainsi que les déformations de l'iris du côté gauche ; le testicule droit est un peu atrophié. Madame X... n'a jamais présenté de signes d'infection. Nos maîtres, MM. Louis, Andral et Ricord sont appelés en consultation.

A raison des antécédents syphilitiques de M. X... et des nombreuses rechutes qu'il éprouva, rechutes parfois très-éloignées les unes des autres, à cause du début et de la marche insolite de cette hémiplégie, qui ne s'est développée ni comme les paralysies consécutives à une hémorrhagie cérébrale, ni comme celles qui dépendent d'un ramollissement du cerveau, une lésion syphilitique fut soupçonnée du côté de l'encéphale. Ce n'était là qu'une présomption, ayant en sa faveur de grandes probabilités. Il était impossible de penser à mieux préciser l'affection, pour savoir si c'était le cerveau lui-même qui était primitivement malade par le développement, dans son épaisseur, de quelque produit plastique, ou bien si c'était une lésion des os qui occasionnait les accidents paralytiques. Le pariétal gauche n'était pas déformé et, ainsi que nous l'avons déjà dit, sur aucune partie du squelette accessible aux sens, il n'y avait d'exostose.

M. X... fut soumis au traitement mixte. De larges onctions d'onguent napolitain furent faites sur la colonne vertébrale tous les deux jours (chaque fois avec 4 grammes du médicament). A l'intérieur, l'iodure de potassium fut administré à dose successivement croissante, jusqu'à 3 grammes par jour. Enfin, M. X... prit des pilules de proto-iodure de mercure, de 5 centigrammes chacune. L'état des gencives, très-irritables à cause du mauvais état des dents, ne permet pas qu'on en administre plus de deux par jour.

Sous l'influence de ce traitement, l'état de M. X... s'améliora rapidement ; ce qui fut constaté à plusieurs reprises par MM. Louis, Andral et Ricord.

Sept semaines après son arrivée à Paris, M. X... retournait chez lui dans un état très-satisfaisant. La marche était facile. Le malade pouvait tourner, en marchant, dans tous les sens ; ce qu'il lui était impossible de faire avant. A peine existait-il une différence entre les membres pelviens des deux côtés. Il en était de même des membres thoraciques. La main gauche serrait presque tout aussi bien que la droite. La parole était nette ; les maux de tête avaient cessé. Il lui fut conseillé de continuer régulièrement son traitement pendant plusieurs mois, et de nous donner de temps en temps de ses nouvelles ; mais il ne tint point sa promesse ; de sorte que nous ignorons la suite de son histoire.

Réflexions. — Ainsi depuis 1852 jusqu'à 1857, c'est-à-dire pendant une période de cinq ans, M. X..., tout en couvant la diathèse, n'en présenta pas le moindre symptôme. C'est pendant cet état occulte de l'affection que M. X... engendra deux enfants sains, bien qu'il recélât lui-même la syphilis en état de puissance, ainsi que le prouvent les explosions successives d'accidents secondaires et de manifestations tertiaires qu'il a eues depuis. Nous trouvons donc, dans l'histoire de ce malade, un fait complétement opposé à l'observation n° I. En effet, chez ce dernier malade, l'absence de tout symptôme diathésique pendant plus de dix ans devait écarter de la pensée la présence

de la syphilis chez lui. Néanmoins l'existence de la diathèse fut mise hors de doute par la naissance, après de nombreux avortements, d'un enfant manifestement syphilitique. Chez notre dernier malade, au contraire, malgré la persistance évidente de la syphilis chez le père, les enfants n'ont pas hérité de l'affection dont était atteint leur progéniteur à l'époque de leur procréation.

De ces cas et de quelques autres qui sont à notre connaissance nous devons inférer que, dans la pratique, le médecin ne saurait mettre assez de réserve dans son pronostic lorsqu'il est questionné sur le sort des enfants d'un homme, qui a eu préalablement des symptômes certains de la syphilis. Ainsi des pères, offrant des signes certains de la maladie lors de leur mariage, peuvent avoir le privilége de voir leurs enfants échapper au triste héritage imposé par la paternité ; et, *vice versa*, des hommes qui paraissent devoir engendrer des enfants bien portants, peuvent leur transmettre le germe d'une affection dont ils paraissaient être débarrassés depuis nombre d'années.

Il est aussi à remarquer que la dame de notre premier malade paraît avoir présenté pendant sa première grossesse quelques phénomènes qui font penser qu'elle fut infectée ; tandis que la compagne de notre dernier malade n'a jamais offert le moindre phénomène qui permît de concevoir le plus léger soupçon sur son état, bien qu'elle cohabitât avec un mari évidemment vérolé.

La syphilis, après être restée inactive pendant six ans chez M. X..., détermina des accidents nombreux chez lui, dans l'espace de quatre ans, quoique l'intervention des mercuriaux, et plus tard de l'iodure de potassium eût fait présager, tout au moins, des rémissions beaucoup plus longues, entre les diverses explosions de la diathèse.

Ce sont ces nombreuses récidives et la persistance invincible de la maladie chez ce malade, malgré les traitements employés, qui firent concevoir la possibilité d'une syphilis encéphalique. Les gommes que ce malade présenta sur l'avant-bras, en 1857, pour tout phénomène syphilitique, auraient pu tout aussi bien se développer d'emblée dans l'encéphale. Si cela s'était passé ainsi, les nombreuses manifestations syphilitiques, qui ont aidé à poser le diagnostic de syphilis cérébrale, auraient fait défaut, et très-vraisemblablement on n'aurait pas songé à la vérole. Mais les accidents cérébraux arrivant à la suite de plusieurs récidives de la syphilis, ce serait fermer les yeux à un rayon de lumière que de ne pas soupçonner la vérole, dont le pouvoir de déterminer des accidents paralytiques est aujourd'hui reconnu et prouvé par des faits évidents. Il faut en conclure qu'on ne doit jamais omettre, dans des cas pareils, d'interroger avec soin les antécédents du malade, qui seuls peuvent autoriser le médecin à soupçonner la nature syphilitique des accidents cérébraux qu'il sera appelé à combattre. L'amélioration éprouvée par ce malade, peu de temps après l'institution du traitement mixte, donne raison au diagnostic rationnel posé par nous et accepté par nos maîtres, bien entendu avec toutes les réserves que les circonstances réclamaient.

Observation XXXII. — *En 1855, chancre et adénopathie. — Quarante jours après, roséole et plaques muqueuses ; 150 pilules mercurielles. — En 1858, céphalée mastoïdienne sous forme de crise ; iodure de potassium. — En mai 1859, attaque, sans perte de connaissance, avec embarras de la parole et hémiplégie gauche. Ces accidents disparaissent et reparaissent trois fois, puis ils persistent. Purgatifs, et, deux mois après, iodure de potassium à dose insuffisante. — En janvier 1860, frictions mercurielles et iodure de potassium ; amélioration remarquable en six se-*

maines. Suspension du traitement, de suite après. — En mai 1860, strabisme guéri par l'iodure; peu après, céphalées à gauche; accidents nerveux des membres droits. — Traitement mixte; de plus, toniques et révulsifs. — Amélioration très-notable; néanmoins persistance, à un léger degré, de la paralysie, et retours fréquents des céphalées, malgré la continuation d'un traitement varié pendant sept mois.

X... est âgé de 27 ans. Santé antérieure excellente. Rien à noter du côté de la famille.

En août 1855, il contracta un chancre qui ne fut point soigné pendant un mois. Le malade ne peut se rappeler si le chancre était induré. Il n'a pas eu de bubon; mais les ganglions de l'aine gauche se développèrent quelque temps après sous forme de chapelet.

Quarante jours après avoir remarqué l'ulcération, X... eut une roséole syphilitique très-marquée, et des plaques muqueuses gutturales. Il fut soumis au mercure, administré sous forme pilulaire. Il prit, dans l'espace de deux mois, 150 pilules dont il ignore la composition exacte. Sous l'influence de ce traitement, les accidents secondaires se sont dissipés. X... se porta à merveille jusqu'à la fin de 1858. A cette époque, il commença à éprouver des douleurs de tête, siégeant surtout à la région mastoïdienne *droite*. D'une manière continue, il y éprouvait une sorte de pression, aussi forte le jour que la nuit. Outre cette sensation de constriction, il lui survenait, dans le même endroit, des souffrances violentes, sous forme de crises durant de une à plusieurs heures. Il n'y avait rien de constant quant à l'apparition de ces céphalées qui pouvaient éclater à tout moment. Dès que ces douleurs commencèrent à se manifester, X... fut soumis par son médecin à l'iodure de potassium, dont la dose n'a jamais dépassé 1 gramme par jour. Les douleurs ont cédé, au commencement, à l'usage de l'iodure; mais, quelque temps après, elles sont revenues, et continuèrent ainsi à tourmenter le malade.

Le 5 mai 1859, six mois après le début des céphalées, X... eut une attaque. Tout d'un coup, vers les trois heures de l'après-midi, le malade s'affaissa sur lui-même sans perdre connaissance; la parole devint difficile, et toute la moitié gauche du corps fut frappée de paralysie.

Dans l'espace d'une heure, X... eut trois accès, de dix à quinze minutes de durée chacun. Quelques engourdissements des doigts *gauches* précédaient l'accès de quelques minutes. Celui-ci consistait dans l'impossibilité absolue d'exécuter le moindre mouvement avec le membre thoracique et pelvien du côté *gauche;* la bouche était fortement déviée à droite; l'intelligence était conservée; les sens demeuraient dans l'état physiologique. Il n'y avait pas de mouvements convulsifs; pas même de strabisme. Le malade restait dans l'état décrit plus haut pendant un quart d'heure environ; puis tous les phénomènes morbides se dissipaient entièrement; X... recouvrait le pouvoir de contracter tous ses muscles; la bouche revenait aussi à sa position physiologique, etc. Le troisième accès, plus long que les premiers, détermina une hémiplégie qui a persisté.

Huit jours après l'événement, la bouche est revenue à la position normale; le membre thoracique était entièrement soustrait à l'empire de la volonté; quant au membre pelvien, le malade pouvait lui imprimer quelques légers mouvements. La miction resta normale; la défécation devint un peu difficile. Aucun accident syphilitique apparent n'existait alors chez le malade, qui fut soumis aux purgatifs souvent répétés. Ce n'est que deux mois après le début de l'hémiplégie qu'on lui prescrivit 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Ce traitement fut continué pendant six mois. L'amélioration était progressive à la jambe; quant au membre thoracique, le malade pouvait à peine le remuer. Il est à noter qu'à partir du jour de l'attaque, la céphalée a entièrement disparu.

En janvier 1860, le malade consulte M. Ricord, qui ordonne des frictions mercurielles sur la colonne vertébrale, répétées deux fois dans l'espace de vingt-quatre heures, et 4 grammes d'iodure de potassium par jour. L'amélioration fut si rapide, consécutivement à cette médication, que six semaines après que celle-ci fut instituée, le malade rentrait chez lui, en province, ayant recouvré en grande partie la faculté de marcher, et celle de se servir de sa main gauche. Le traitement spécifique fut suspendu aussitôt que X... quitta la capitale, bien que la paralysie n'eût pas entièrement disparu.

Au mois de mai de la même année 1860, et tout d'un coup,

sans aucun phénomène antérieur ou concomitant, X... fut atteint de strabisme convergent à droite, accompagné de diplopie. Cet accident fut tout à fait local : il n'y avait aucun phénomène encéphalique. Il n'est rien survenu du côté des membres; et le côté, autrefois paralysé, ne ressentit aucun retentissement de cette nouvelle manifestation diathésique. On a prescrit de nouveau l'iodure de potassium, et l'on appliqua des vésicatoires ammoniacaux. Le strabisme dura pendant cinq mois. Le malade continua pendant tout ce laps de temps son iodure de potassium, à la dose de 1 gramme par jour.

Au mois de septembre, il vint à Paris pour rentrer à la Maison de santé de la rue de Lourcine, pour se mettre de nouveau sous la direction de notre maître, M. Ricord. Un mois avant de se faire admettre à la Maison de santé où nous avons observé le malade, les céphalées étaient revenues, mais à la région mastoïdienne *gauche;* les membres *du côté droit* étaient le siége de fourmillements et d'engourdissements très-prononcés, en même temps qu'ils étaient faibles et parcourus par des douleurs et par des spasmes. Démarche très-difficile; le pied traîne, les doigts de la main ont perdu de leur force et de leur agilité. X... n'a pas eu d'attaques cette fois-ci, ni les phénomènes qu'il présenta autrefois. La vue est affaiblie, le malade aperçoit souvent de petits corpuscules voltigeant dans l'air; parfois aussi, il voit des taches noires imaginaires, lorsqu'il porte, par exemple, les yeux sur un fond blanc. Des douleurs encéphaliques, au niveau de la région mastoïdienne, se font sentir tous les jours vers six heures du matin.

Le 21 janvier 1861, X... fut soumis de nouveau à l'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour; il lui fut ordonné, en outre, trois verres de macéré de quinquina par jour, et 4 pilules de Blancard, à chaque repas, deux fois par jour. On lui appliqua un vésicatoire volant à la nuque (1).

Le 23 janvier, on ajoute aux moyens précédents les frictions, avec 4 grammes d'onguent mercuriel tous les deux jours, alternativement sous chaque aisselle. Sous l'influence de ce traitement, il est survenu une amélioration notable;

(1) La suite de l'observation nous a été communiquée par notre confrère le Dr P. Dumotel, médecin de la maison.

néanmoins, bien que le malade marche mieux qu'au moment de son admission, il traîne un peu la jambe, et éprouve toujours son mal de tête. Il est également sujet à une constipation opiniâtre.

Le 12 mars, la douleur de tête a augmenté d'intensité. Le malade voit avec inquiétude approcher le mois de mai, anniversaire de sa première attaque. Application d'un séton à la nuque.

Le 18 mars, on interrompt toute médication. Le séton suppure, la céphalalgie continue; c'est, avec de la douleur, une espèce de fourmillement interne. *Parfois,* dit-il, *je sens une sorte d'araignée se promener dans mon cerveau.*

Le 17 avril, X... reprend de l'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour.

Le 28 mai, on lui prescrit, pour combattre sa grande irritabilité nerveuse, de la tisane de valériane, des pilules de Vallet, et des bains de tilleul.

Le 2 juin, il se manifeste quelques douleurs articulaires qui sont attribuées au rhumatisme. 2 grammes de teinture de colchique.

28 juin, amélioration; plus de douleurs articulaires; mais la céphalalgie revient tous les soirs. Somnolence habituelle, engourdissements des doigts droits et mouches devant les yeux, comme autrefois.

A partir de ce moment, amélioration progressive; les douleurs de tête ne se font plus sentir. Le malade se croit guéri; il marche très-bien, et promène avec agilité ses doigts sur le clavier du piano. Mais, le 1er août, retour du mal de tête avec plus d'intensité que jamais; deux cautères à la région sous-occipitale; il est remis à l'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour. Au milieu de toutes ces variations, l'état des membres reste toujours amélioré.

Le 7 septembre, on ajoute, au traitement précédent, les douches froides sur la tête et le dos. Ces divers moyens, continués jusqu'au 18 septembre 1861, jour de départ du malade de la Maison de santé, améliorent progressivement son état. Aussi lui conseille-t-on de ne pas interrompre sa cure.

Le 2 octobre, nous apprenons le retour de la céphalalgie dans toute son intensité. Néanmoins les membres thoracique et pelvien sont toujours dans un état satisfaisant.

Réflexions. — Ce malade éprouva des céphalées, pour la première fois, trois ans et demi après avoir contracté un chancre induré. Ces douleurs de tête, avec exacerbations violentes sous forme de crises, paraissant indistinctement le jour ou la nuit, cèdent pendant quelque temps à l'iodure de potassium. Mais, bientôt après, elles reviennent avec intensité et sont suivies d'une hémiplégie gauche. Le malade ne perd pas connaissance ; mais avant que l'hémiplégie ne devienne permanente, elle paraît d'une manière passagère et se dissipe peu après, à deux différentes reprises. Comment s'expliquer cette fugacité des symptômes paralytiques, sinon par un travail congestif dans les parties de l'encéphale qui, plus tard, devaient être troublées d'une manière permanente dans l'exercice de leurs fonctions.

Lors de l'explosion de ces divers phénomènes, le malade ne portait aucun indice de l'activité de la diathèse syphilitique. De ce que, quelques années auparavant, il avait eu la syphilis constitutionnelle, il ne s'ensuit pas que tout accident, survenant à une époque plus ou moins éloignée, dépende nécessairement de cette diathèse. Nous sommes donc naturellement amené à nous demander si les accidents d'hémiplégie de ce malade étaient occasionnés par la vérole. Nous n'avons aucune preuve palpable de l'origine syphilitique de ces accidents. Il est de fait qu'après avoir persisté pendant plusieurs mois, la paralysie céda si rapidement à la médication mixte, instituée par notre savant maître, qu'il est rationnel de conclure à la nature spécifique de la maladie, par le résultat de la médication. Néanmoins les esprits sceptiques peuvent objecter que cette amélioration ne fut obtenue que neuf mois après l'événement ; et que dans les hémorrhagies cérébrales abandonnées à elles-mêmes il est pres-

que constant de voir de ces améliorations survenant plusieurs mois après l'extravasation du sang. Ce qui plaide en faveur de la nature spécifique de l'hémiplégie de 1859, c'est sa disparition complète, bien que la guérison radicale et spontanée s'observe également dans quelques cas exceptionnels d'hémorrhagie cérébrale. Enfin, l'apparition, quelque temps après, d'un strabisme isolé, c'est-à-dire sans aucun phenomène encéphalique, est une nouvelle preuve de la présence de la diathèse.

Nous savons combien il est fréquent d'observer la paralysie de la sixième ou de la troisième paire, consécutivement à la syphilis, accompagnée ou non d'autres phénomènes diathésiques. Ces paralysies des nerfs moteurs du globe oculaire peuvent bien exister en dehors de la syphilis, mais, dans le cas présent, ce serait admettre une série de faits exceptionnels que de récuser la vérole. Tandis qu'en admettant au contraire cette maladie constitutionnelle, on se rend compte rationnellement des divers accidents observés chez ce malade; accidents que nous avons vu tant de fois être indubitablement occasionnés par cette diathèse.

Quelque temps après, le strabisme lui-même disparaît, mais des céphalées surviennent à la région mastoïdienne *gauche*, et sont bientôt suivies de troubles nerveux dans les membres droits. Il y a en même temps troubles de la vision de deux côtés. Nous regrettons de n'avoir pas examiné les yeux de M. X... à l'ophthalmoscope; nous aurions trouvé dans cette exploration un moyen précieux pour arriver au diagnostic. Cependant, en lisant l'observation, il est aisé de reconnaître que, selon toutes les apparences, il y avait chez ce malade une choroïdite avec épanchement sous-rétinien; lésions que nous verrons (dans l'article sur l'amaurose) être très-communes à la

période tardive de la syphilis. Nous trouvons donc, dans les phénomènes amblyopiques présentés par le malade, un nouvel appui en faveur de l'activité de la diathèse syphilitique.

Mais en admettant la syphilis comme le point de départ de ces phénomènes morbides multiples, ce qui satisfait bien mieux l'esprit que la recherche d'une foule de causes accidentelles qui détermineraient des troubles variés, quelle serait la lésion anatomique de l'encéphale qui a déterminé l'hémiplégie? Comment cette hémiplégie, après avoir disparu à gauche, se serait-elle reproduite à droite ; et finalement pourquoi les accidents hémiplégiques du côté droit n'ont-ils pas cédé entièrement à l'énergique médication conduite avec tant d'habileté par le célèbre syphilologue ? Il est impossible de savoir, d'une manière certaine, par quelle lésion la syphilis produisit la paralysie. Si des exostoses ou des tumeurs gommeuses siégeaient sur des parties du corps accessibles aux sens, on serait conduit à admettre, par analogie, des altérations identiques du côté de la tête. Mais dans le cas présent rien ne nous vient en aide pour présumer telle lésion plutôt que telle autre. En tenant compte de la violence de la céphalalgie et de sa longue durée on serait en droit, jusqu'à un certain point, de soupçonner une exostose. Quant à la persistance des phénomènes paralytiques, malgré l'emploi des spécifiques, nous avons déjà exposé notre manière de voir à cet égard. Nous avons en effet admis, conduit par l'anatomie pathologique et par l'observation, que parfois les tumeurs syphilitiques produisent, probablement par la pression qu'elles exercent sur la substance nerveuse ou par les altérations secondaires qu'elles y occasionnent, des lésions qui persistent après la disparition même de ces tumeurs syphilitiques qui ont été

la première cause des accidents nerveux. Or de ce que des phénomènes paralytiques ne disparaissent pas complétement sous l'influence des spécifiques, il ne faut pas en inférer qu'ils ne sont pas occasionnés par la syphilis ; notamment lorsque des preuves certaines établissent leur nature spécifique.

OBSERVATION XXXII *bis*. — *En mars* 1855, *chancre induré, adénite inguinale. — Un mois et demi après, roséole et accidents de la gorge; mercure pendant un mois. — En février* 1856, *plaques muqueuses et impétigo; iodure de potassium, suspendu dès la disparition des accidents. — En septembre* 1861, *attaque de paralysie (de la face, de la langue et du membre thoracique droit). — Le* 2 *octobre, iodure de potassium. — Le* 2 *novembre, tous les accidents sont presque entièrement dissipés.*

X..., âgé de 27 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, n'ayant éprouvé aucune maladie sérieuse dans l'enfance, eut plusieurs chaudepisses de 19 à 26 ans ; en mars 1855, il contracte un chancre induré, accompagné d'une adénite inguinale double. Le chancre ne dura que huit jours. Les adénites n'ont pas suppuré. Un mois et demi après l'apparition du chancre, ulcérations de la gorge et roséole. Le malade prit, dès le début, du sirop de Cuisinier et des pilules de proto-iodure de mercure (4 par jour, et pendant un mois). En février 1856, c'est-à-dire un an plus tard, il eut de nombreuses plaques muqueuses aux lèvres et aux amygdales, et des croûtes de l'impétigo sparsa syphilitique au bras et à la jambe du côté droit, où l'on en voit encore les cicatrices; rien à gauche. M. Ricord, consulté à cette époque, prescrivit 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Le malade suivit ce traitement avec irrégularité, et le mit de côté, de suite après la disparition des symptômes. Néanmoins sa santé fut excellente jusqu'en septembre 1861. Le 17 de ce mois il eut une attaque subite de paralysie, qui, par conséquent, ne fut pas précédée de prodromes : vers les six heures du soir le malade mangea son potage, puis il avait de la difficulté à couper son bœuf qu'il faisait sauter, malgré lui, hors de

son assiette. Bientôt après sa langue s'embarrassa ; X... ne pouvait ni dire ni écrire ce qu'il avait; la commissure droite des lèvres pendait; la salive s'écoulait de ce même côté. Cependant la jambe droite avait conservé encore sa force; le malade ne la traînait pas lorsqu'il se leva pour se mettre au lit; l'oreille et l'œil droits restèrent à l'état normal. Le 19 septembre le malade reprit son genre de vie habituel; mais il conservait de la roideur dans le bras droit : la main de ce côté serrait deux fois moins que la gauche; la commissure pendait encore; la langue était embarrassée; il disait parfois un mot pour un autre; mais, bientôt après, le malade rectifiait son *lapsus linguæ*. Regard hébété ; pas de paralysie des membres inférieurs, ni de l'intestin. Une seule fois le malade urina malgré lui; le reste du temps il avait des envies fréquentes d'uriner. C'est dans cet état que X... entra, le 2 octobre 1861, à la Maison de santé de la rue de Lourcine, dont M. le docteur Dumotel est le médecin. C'est donc à cet excellent confrère que nous devons encore l'observation de ce malade. X... est soumis au traitement suivant : 2 grammes d'iodure de potassium par jour, tisane de douce-amère avec sirop de gentiane. Le 7 octobre, vésicatoire à la nuque et 30 grammes de sulfate de soude. Le traitement par l'iodure fut continué régulièrement ; il fut suivi d'une amélioration progressive, de sorte que le 2 novembre il ne reste plus aucune déviation de la bouche ; le bras droit se meut très-facilement, et les doigts ont recouvré l'indépendance de leur action : le malade exécute au piano des airs qu'il ne pouvait jouer il y a quelques jours. La parole est nette et facile; cependant il serre encore faiblement avec la main droite.

Réflexions. — Chez ce malade, à part une récidive qui eut lieu un an après l'infection, la syphilis ne donna plus naissance à aucun phénomène appréciable jusqu'à 1861. La paralysie qui est survenue à cette époque était-elle consécutive à la vérole ? Les arguments en faveur de la nature syphilitique des divers troubles nerveux survenus chez X... sont les suivants : ce malade a eu la

philis constitutionnelle qui fut très-imparfaitement aitée soit à son début, soit lors de sa récidive ; il n'avait i l'âge auquel les congestions ou les hémorrhagies cérébrales sont fréquentes, ni les attributs d'une constitution ui est considérée comme prédisposante à ces sortes l'accidents. Les phénomènes paralytiques se sont manifestés sans perte de connaissance, ce que l'on rencontre sez souvent dans les paralysies encéphaliques d'origine yphilitique. Enfin la paralysie a rapidement cédé à l'usage de l'iodure de potassium.

OBSERVATION XXXII *ter.* — *Chancre induré en* 1845, *accompagné bientôt d'accidents secondaires. Traitement mercuriel. — En* 1859, *étourdissements, hémiplégie droite incomplète, dissipée plus tard ; mais, en* 1860, *retour des accidents hémiplégiques avec ecthyma groupé.—En* 1861 *on reconnaît la syphilis. Traitement mixte. Amélioration rapide, puis disparition de l'éruption ; mais persistance des symptômes congestifs de l'encéphale.*

X..., d'une constitution robuste et pléthorique, est âgé de 35 ans ; son père est mort d'apoplexie à 44 ans.

En 1845, il eut un chancre induré de la rainure glando-préputiale à gauche, une adénite inguinale double, des ganglions sous-occipitaux et un érythème maculeux sur l'abdomen. M. le docteur P. Dumotel soumit le malade à un traitement mercuriel dont il n'a pu suivre la marche. Le malade ne peut préciser la durée de ce traitement. Quoi qu'il en soit, la santé de X... fut parfaite jusqu'en 1859. Dans cet intervalle, X... prit beaucoup d'embonpoint; il a éprouvé à diverses reprises quelques étourdissements très-fugaces.

Au mois de juillet 1859, étourdissement précédé d'une sensation d'oppression; le malade essayant de se lever est sur le point de tomber. Les membres du côté droit n'obéissent plus à a volonté : saignée, purgatifs, sangsues aux apophyses mastoïdes. Après quinze jours de soins, tous les accidents ont été nota-

blement amendés. Le malade est soumis à un régime hygiénique approprié; il conserve de la lourdeur dans les membres droits, où il éprouve de temps à autre des fourmillements pendant les neuf premiers mois de l'année 1860. La santé paraît être redevenue parfaite; mais au commencement de l'hiver les fourmillements reparaissent avec une sensation de pesanteur très-marquée dans la jambe et le bras droits. Ces accidents sont accompagnés de douleurs obtuses dans ces mêmes membres. Le malade se plaint d'y ressentir du froid, principalement dans le membre abdominal, où les fourmillements paraissent être provoqués surtout par les contractions musculaires partielles : lorsque, par exemple, le malade veut redresser le gros orteil, ou relever la pointe du pied.

Peu de temps après le retour de ces accidents, une éruption d'ecthyma groupé se fait sur le front, à la naissance des cheveux, et quelques boutons croûteux se développent sur le cuir chevelu. Le malade était soumis à une médication antirhumatismale par un confrère qui ignorait ses antécédents; ce traitement s'était prolongé sans résultat aucun pendant quelques mois, lorsque, le 15 janvier 1861, le docteur P. Dumotel rencontre par hasard le malade et remarque l'éruption caractéristique du front. Il diagnostique la nature de tous les accidents éprouvés par le malade qu'il soumet à un traitement mixte : onctions mercurielles, iodure de potassium et pansement des pustules ulcérées du front avec une solution iodée. Ces moyens sont rapidement suivis d'un résultat très-favorable: en trois semaines l'éruption est effacée, laissant après elle des cicatrices peu étendues, à peine déprimées; les membres regagnent de leur puissance. La santé générale est très-bonne; les fourmillements sont bien plus rares; mais la sensation d'abaissement de température persiste, et le malade dit être très-sensible aux influences atmosphériques. Par un ciel nuageux ou par de grandes transitions de température, le côté droit redevient pesant, les fourmillements se réveillent.

Le traitement est continué régulièrement, les frictions sont remplacées, au mois de mars, par les pilules de proto-iodure de mercure. L'amélioration persiste; les cicatrices frontales ont blanchi; mais la face est souvent un peu congestionnée, le pouls plein. Il y a propension au sommeil. M. Dumotel

conseille une application de sangsues au siége, des purgatifs et la suspension du traitement.

Réflexions. — En lisant l'observation qui précède on doit se poser la question suivante : les accidents cérébraux et hémiplégiques, observés chez ce malade, étaient-ils liés à la présence de la diathèse syphilitique, ou bien ne dépendaient-ils que d'un état congestif des méninges qui s'est rencontré, par hasard, chez un vérolé ? Il est constant que ce sujet avait subi, quinze ans auparavant, une infection syphilitique ; ce qui ressort clairement de l'étude des symptômes diathésiques présentés à cette époque. La diathèse syphilitique était loin d'être éteinte en 1859, époque à laquelle se déclarèrent, pour la première fois, les étourdissements et la gêne dans les mouvements des membres du côté droit ; et la preuve, c'est qu'en 1861 le docteur Dumotel, profondément versé dans l'étude des maladies vénériennes, reconnut, dans l'éruption du front, les caractères d'une manifestation syphilitique et soumit le malade au traitement mixte. Il faut noter aussi que, bien que non dissipés d'une manière radicale sous l'influence de ce traitement, les phénomènes hémiplégiques, réfractaires aux médications précédentes, se sont rapidement amendés, grâce aux médicaments spécifiques conseillés par notre ami, le docteur P. Dumotel. D'un autre côté, il ne faut pas omettre de signaler que le père du malade avait succombé à une apoplexie cérébrale; et que lui-même commença à éprouver, pour la première fois, des étourdissements, suivis bientôt de fourmillements et de lourdeur des membres droits, quelque temps après avoir acquis un embonpoint marqué. C'est là donc, comme on le voit, un exemple de ces cas obscurs dont l'étude même approfondie ne permet pas d'établir

nettement la causalité, même après la guérison ; cas complexes dans lesquels l'affection principale résulte parfois de la synergie de plusieurs facteurs morbides.

Section IV. — De la paraplégie syphilitique.

L'observation suivante appartient à Houttet (1).

En 1732 ce médecin fut appelé pour voir un malade qui avait entièrement perdu la puissance virile. Déjà en 1727 il avait été affecté de divers accidents, entre autres de boutons qui avaient creusé profondément. Il était survenu une rétention d'urine et des matières fécales; les membres inférieurs, parcourus souvent par des douleurs vives, étaient privés de sentiment et incapables d'exécuter des mouvements. La cuisse gauche fut en même temps rongée par un ulcère considérable et couverte de pustules de différentes couleurs ; il y avait en outre chez ce malade des troubles notables de la vision.

Après avoir donné quelques toniques, Houttet le soumit à l'usage des bains. Des ulcères se manifestèrent aux jambes, aux cuisses et aux fesses. Le 6 février 1733 on fait une première friction avec deux gros d'onguent de mercure; pansement des ulcères avec onguent styrax, et tous les trois jours frictions mercurielles à la circonférence. Dès le 6 mars le malade est plus fort et peut rester debout pendant quelques minutes. La vessie peut garder l'urine pendant trois ou quatre heures; il y avait incontinence auparavant.

Le 15 mars (onzième friction) le malade peut marcher à l'aide d'une canne et soutenu par un domestique; ce qu'il n'avait pas fait depuis six mois. Les douleurs diminuent et ne se font plus sentir que par intervalles. On administre quelques purgatifs pour prévenir la salivation. Le 8 mai, la vessie a recouvré toute sa contractilité. Le malade va régulièrement à la selle. Le 23 mai il descend et monte l'escalier avec une grande facilité. La vue est entièrement revenue à son état normal. En un mot la santé du malade est parfaite.

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 141 et suivantes.

Voilà certainement un bel exemple de paraplégie syphilitique dont la cause primitive est mise en évidence, tant par les antécédents du malade, incontestablement atteint de vérole constitutionnelle, que par la disparition rapide de la paralysie sous l'influence du mercure. Mais il s'en faut de beaucoup que dans les ouvrages des anciens on rencontre des faits prêtant aussi peu que celui-là à la controverse.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la paraplégie ont reconnu à la syphilis le pouvoir de la faire naître. Joseph Frank, entre autres, considère la vérole comme une des causes les plus fréquentes de cette affection. Ceci étant dit à son éloge, nous devons redresser une erreur énoncée par ce médecin. Il s'écarte en effet de la réalité lorsqu'il affirme que dans la paraplégie syphilitique la douleur, siégeant aux régions dorsale et lombaire, augmente la nuit, qu'elle s'exaspère par le toucher, et qu'une tumeur précède la douleur au lieu affecté. Les observations relatées dans ce travail prouvent que la douleur du rachis existe fort rarement ; quant à la tumeur, jamais nous n'en avons pu constater la présence sur aucun point de la colonne vertébrale. Il attribue la paraplégie déterminée par la syphilis à des concrétions tophacées des vertèbres (1). C'est encore là une de ces suppositions gratuites que bat en brèche l'étude attentive des faits.

M. Landry (2) cite l'observation d'un malade qui eut des ulcères à la jambe, des exostoses et une paralysie des membres inférieurs. Tout a cédé à l'emploi de l'iodure de potassium. Voici un court résumé de ce fait intéressant :

(1) T. II, p. 400.
(2) *Mémoire sur les paralysies.*

Un homme de 38 ans, peintre en bâtiments, d'une charpente athlétique, ayant les apparences d'un tempérament lymphatique, est entré, le 15 janvier 1851, chez M. Robert pour un ulcère de la jambe. Il avait eu une uréthrite, il y a 9 ans, avec une orchite et des crêtes de coq. Il dit n'avoir jamais eu de chancre.

Autour de son ulcère, dont l'aspect était fort mauvais, on voyait nombre de petites ulcérations à fond grisâtre et sanieux. On le cautérisa plusieurs fois, avec l'acide chlorhydrique, dans l'espace de deux mois, et il allait sortir de l'hôpital quand il fut pris d'engourdissements aux pieds, puis aux mains, engourdissements qui gagnèrent rapidement la partie supérieure. Affaiblissement et bientôt après perte complète des mouvements dans les quatre membres. Aucun signe du côté du centre nerveux : l'intelligence est intacte, la parole nette, les sens parfaitement conservés ; la mixtion et la défécation s'opèrent régulièrement. Il n'existe aucun trouble dans la santé générale.

Après avoir quitté le service de M. Alph. Robert, il entre dans celui de M. Sandras le 15 avril 1851. On trouva chez lui une exostose tibiale considérable. Il n'offrait aucune trace d'intoxication saturnine. Point de symptômes généraux.

Traitement. — Iodure de potassium 2 grammes par jour sans autre auxiliaire.

Amélioration rapide et progressive. Dès le 11 juin, le malade avait recouvré l'usage de ses membres et l'exostose avait considérablement diminué. Le 20 octobre la guérison de la paralysie s'étant maintenue et l'exostose du tibia ayant presque complétement disparu, le malade quitta l'hôpital.

M. Landry intitule ce fait : paralysie chez un syphilitique ; n'est-on pas en droit de modifier ce titre et de dire *paralysie syphilitique?* En effet, la présence de l'exostose constatée par des médecins dont le diagnostic ne peut être mis en doute, ne prouve-t-elle pas que ce malade était sous le coup de la diathèse, malgré qu'on ne pût en découvrir la porte d'entrée, l'accident primitif? Cette lacune existe parfois dans l'histoire de quelques malades

indubitablement syphilitiques. La guérison de cet homme par l'iodure de potassium ne nous fournit-elle pas un nouvel argument en faveur de l'origine syphilitique de la paralysie?

Chez ce malade, de même que chez celui de Tizzoni, que nous verrons plus loin, les facultés intellectuelles restaient à l'état physiologique. On peut donc en inférer que la lésion matérielle, s'il en existait une, était en dehors de l'encéphale.

Nous regrettons qu'on n'ait pas mentionné dans l'histoire de ce malade, s'il souffrait spontanément quelque part sur le trajet de la colonne vertébrale. Il n'est même pas dit si l'exostose tibiale était douloureuse elle-même.

Nous savons que d'une manière générale les exostoses syphilitiques sont le siége de douleurs spontanées, exaspérées surtout par la chaleur; ce qui peut être de quelque utilité pour en soupçonner la présence, dans les parties inaccessibles à l'exploration digitale. Quoi qu'il en soit, l'amendement des symptômes paralytiques coïncidant avec la disparition de l'exostose, et l'absence de tout signe qui autorise d'attribuer la paralysie à une autre affection, permettent de penser qu'elle était de nature syphilitique.

Selon Sandras, lorsqu'une exostose se développe dans le canal vertébral, la paralysie suit une marche lente et progressive. On doit noter comme signes précurseurs, des troubles d'abord rares et passagers de la motilité et de la sensibilité, troubles qui peu à peu deviennent plus fréquents et finissent par se reproduire avec permanence. Quant à la nature syphilitique du mal, on peut l'établir par l'exploration des autres organes. Il faut se hâter d'agir, ajoute-t-il, avant que la tumeur n'ait amené une

affection ou une destruction, c'est-à-dire une lésion incurable de la moelle. Ce médecin a constaté, dans une autopsie, un ramollissement produit par une exostose.

Dans ce court exposé (1), Sandras avance deux faits dont il n'a fourni les preuves nulle part. Il est avéré au contraire, pour quiconque s'est occupé de l'étude des maladies syphilitiques, que la paraplégie peut souvent exister seule, sans aucune autre manifestation syphilitique. N'est-ce pas aussi beaucoup trop facilement ériger des principes, lorsqu'on ne peut leur donner pour tout appui qu'un fait isolé? En effet, la manière dont Sandras s'exprime fait présumer qu'il admettait qu'une tumeur était la cause habituelle de la paraplégie. Cependant il ne cite qu'un seul cas de ce genre.

Vidal, de Cassis, relate (2) l'histoire remarquable d'un paraplégique que nous avons eu l'occasion de voir nous-même et d'étudier, soit avant son admission à l'hôpital des vénériens, soit pendant son séjour dans le service de ce chirurgien. Voici en peu de mots les traits les plus saillants de l'affection de ce malade :

A l'âge de 37 ans il fut reçu à l'hôpital du Midi, le 6 octobre 1857. En 1847, il eut des chancres ; quelque temps après, uréthrite, orchite, et affection des yeux dont l'un est perdu. Plus tard, on ne sait au juste à quelle époque, pustules plates à l'anus.

En 1850, au mois de juin, ulcération profonde de la cuisse gauche, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, taches d'un rouge brun aux jambes, violents maux de tête. Dans la même année, premiers symptômes de paraplégie : sensation de froid et d'engourdissement dans les membres inférieurs ; marche traînante ; engorgement des testicules. En 1851, nous avons vu ce malade dans le service de M. Becquerel, suppléant M. Serres.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 7 juillet 1853.

(2) *Traité des maladies vénériennes.*

L'électricité, les cautères, la strychnine n'ont point empêché la paralysie de progresser. Il sort de la Pitié et rentre peu après dans le service de Vidal (de Cassis) qui soupçonne une exostose du rachis, et lui prescrit l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour. Après un traitement de deux mois l'engorgement testiculaire avait diminué; X... se levait et marchait; il a acquis de l'embonpoint.

Les antécédents syphilitiques de cet homme, la persistance de la maladie, malgré les moyens les plus actifs mis en usage par des praticiens distingués, et son amélioration rapide sous l'influence d'une médication spécifique, autorisent à admettre avec Vidal qu'il s'agissait dans ce cas d'une paraplégie syphilitique. Mais sur quoi cet auteur s'est-il basé pour soupçonner une exostose du rachis comprimant la moelle? La syphilis ne peut-elle pas déterminer la paralysie des membres pelviens autrement que par une exostose? Et si l'expérience personnelle de Vidal l'autorisait à porter un diagnostic de lésion, pourquoi ne nous indique-t-il pas les signes auxquels on peut la reconnaître? Il n'est en effet question, chez ce malade, ni de déformation de la colonne vertébrale, ni de douleurs provoquées par l'exploration du rachis, ni de douleur profonde, spontanée, revêtissant les caractères des douleurs ostéocopes, ni d'exostose siégeant ailleurs. Rien donc ne permet, dans l'état actuel de la science, d'admettre la présence d'une exostose rachidienne dans des cas semblables. Ainsi que nous le verrons plus loin, d'autres lésions peuvent amener les mêmes troubles du côté de la motilité et de la sensibilité, troubles qui se produisent parfois en l'absence de toute altération anatomique.

L'étude de toutes les observations de paraplégie que nous possédons ne nous montre, quant aux symptômes, rien de particulier à la syphilis. Dans ces cas, rien de ca-

ractéristique ne différencie la paraplégie syphilitique des paraplégies occasionnées par d'autres causes, si ce n'est une amélioration rapide et souvent une guérison complète par les spécifiques. Il est impossible, dans l'état présent de la science, de faire des généralités sur n'importe quelle forme d'affection nerveuse syphilitique ; les faits bien observés sont trop peu nombreux pour suffire à la synthèse d'un long article sur chaque variété morbide. Ce serait se livrer à des hypothèses que de vouloir entreprendre une telle œuvre. Aussi ferons-nous à propos de la paraplégie ce que nous avons déjà fait à propos des autres affections décrites : nous exposerons l'histoire détaillée des malades étudiés, en faisant suivre chaque observation des réflexions qu'elle nous a suggérées.

Nous n'avons donc pas la prétention d'avoir élucidé la question ; nous pouvons dire cependant, en peu de mots, ce qui nous semble ressortir, de plein droit, de la méditation des faits relatés dans cet ouvrage.

Ordinairement la paraplégie syphilitique paraît longtemps après l'accident primitif et lorsque déjà la diathèse a fourni des preuves de son existence par des manifestations multiples. Elle a une certaine tendance à récidiver; car nous l'avons rencontrée plusieurs fois à sa seconde ou à sa troisième apparition.

Dans ces circonstances, tantôt elle existe seule, sur l'individu malade, tantôt en compagnie d'autres symptômes diathésiques. Il va sans dire que dans ce dernier cas le diagnostic se trouve de beaucoup simplifié. Chez plusieurs de nos malades, c'est cinq, huit et dix ans après l'infection que les premiers symptômes de la paraplégie ont commencé à paraître.

C'est surtout lorsque des traitements antisyphilitiques, incomplets et irrégulièrement suivis, n'ont combattu que

superficiellement la diathèse, que les accidents de paralysie du côté des membres inférieurs ont de la tendance à se produire. Cependant il ne faut accorder qu'une importance très-médiocre au traitement le mieux dirigé et le plus religieusement suivi, comme préservatif de manifestations ultérieures. La nature de la diathèse syphilitique est telle que des explosions de symptômes graves peuvent éclater peu de temps après la médication la plus rationnelle, et lorsqu'on s'y attend le moins. C'est ce qui est arrivé à quelques-uns de nos paraplégiques. Il y a enfin des cas, dont on trouvera des exemples dans le recueil de nos observations, et dans lesquels l'étiologie de la paralysie paraît complexe. La diathèse syphilitique a été doublée en quelque sorte par des maladies accidentelles, notamment par le rhumatisme. Ce sont les effets obtenus par la médication qui permettent de résoudre le problème et d'attribuer à chaque élément morbide la part qui lui revient.

Cependant la marche naturelle de toutes les manifestations syphilitiques est telle, que souvent sous l'influence *des médications les plus diverses, et même d'une manière toute spontanée, il peut survenir des améliorations* de plus ou moins longue durée, améliorations suivies bientôt de nouvelles rechutes. Cette tendance de la paralysie syphilitique à s'arrêter parfois dans sa marche, principalement à son début, induit souvent en erreur le praticien en l'éloignant de la médication spécifique, qui est la seule voie de salut. C'est ainsi que les vésicatoires, les sulfureux, l'électricité, les toniques peuvent influencer plus ou moins favorablement la paraplégie, ou coïncider avec une amélioration spontanée dans les symptômes de l'affection, amélioration qui se serait effectuée en dehors de l'intervention de tout traitement. Dans ces

cas on attribue aux moyens médicamenteux bien plus qu'ils n'ont produit, si tant est qu'ils soient pour quelque chose dans cet amendement éphémère; dans ces circonstances on peut être détourné de la voie qui conduit au diagnostic.

Il faut donc savoir que la marche de la paraplégie syphilitique offre souvent des oscillations en bien et en mal, indépendantes quelquefois de tout traitement.

Il convient également de faire remarquer que le début de la paraplégie syphilitique est très-insidieux, que les progrès de cette affection s'opèrent d'une manière lente, de façon que parfois elle met plusieurs années pour arriver à son maximum d'intensité. Nous devons noter en outre, sans avoir la prétention de poser des lois immuables à cet égard, vu le petit nombre de faits en notre possession, qu'aucun de nos malades n'a présenté une paralysie complète des membres inférieurs. La plupart d'entre eux, au contraire, pouvaient exécuter des mouvements assez énergiques, mais mal assurés; quelques-uns ont conservé le pouvoir de se déplacer en se servant d'un appui.

Les spécifiques ont la plus grande prise sur la paralysie syphilitique, néanmoins il convient de faire ici deux remarques importantes à propos du traitement de cette affection : premièrement, si l'usage des antisyphilitiques n'est pas continué pendant un temps suffisant, ce que nous établirons dans l'article du traitement en général, l'affection peut persister ou bien récidiver; deuxièmement, si la maladie est de vieille date, elle résiste parfois à la médication mixte la mieux instituée. On conçoit en effet qu'une altération anatomique, déterminée par la syphilis, ait modifié la structure de la moelle épinière de manière que celle-ci ne puisse plus jamais recouvrer l'in-

tégrité de ses fonctions. C'est là, croyons-nous, l'explication de la faiblesse persistante des membres pelviens, malgré les bons effets des remèdes spécifiques, dans la paraplégie syphilitique d'ancienne date. Il serait donc irrationnel de bannir la syphilis de l'étiologie d'une paraplégie qui paraît manifestement se rattacher à la vérole, par cela seul que les antisyphilitiques ne sont pas parvenus à dissiper radicalement les troubles de la motilité et de la sensibilité des membres inférieurs.

Cette remarque est surtout applicable lorsqu'on n'a eu recours à la médication spécifique que longtemps après le début de la paraplégie. Par conséquent la paraplégie syphilitique guérit surtout lorsqu'elle est de date récente. En analysant nos observations nous trouvons que la sensibilité est conservée chez les uns et au contraire perdue chez les autres. M. Hardy nous a parlé d'un malade atteint de paralysie syphilitique et chez lequel il existait une telle exaltation de la sensibilité que la plante des pieds ne pouvait supporter le moindre contact.

Chez nos malades nous avons rarement vu se produire des mouvements convulsifs intenses. Tous avaient eu antérieurement, et souvent à plusieurs reprises, diverses manifestations syphilitiques. Quelques-uns en présentaient encore au moment même où leurs membres inférieurs étaient frappés de paralysie ; c'est ce dont on voit des exemples dans les observations qui suivent.

Enfin on doit remarquer que nous avons rarement observé une douleur spontanée ou provoquée par l'exploration, dans un point quelconque de la colonne vertébrale. On voit par ce qui précède qu'il ne nous est pas permis d'admettre les différentes opinions des auteurs à propos de la paraplégie syphilitique. Du reste l'examen des observations qui suivent éclairera le lecteur sur la

justesse des restrictions que nous nous sommes cru obligé de faire.

N'ayant pas eu, heureusement, l'occasion de faire l'autopsie de la plupart des malades, nous ne pouvons savoir à quelle lésion était consécutive, chez eux, la paralysie des membres inférieurs. Mais aucun symptôme, aucune déformation, aucune douleur ostéocope nocturne, ou diurne, ne nous a autorisé à soupçonner une exostose. D'ailleurs d'autres lésions que des exostoses peuvent déterminer la paraplégie; et ainsi que nous le dirons plus loin, elle peut même exister sans aucune *lésion matérielle appréciable*. Quant à la coïncidence de la paraplégie avec d'autres symptômes syphilitiques, on a vu que plusieurs de nos malades n'en offraient pas de trace dans le moment même de l'exploration ; mais ils en avaient présenté d'une manière évidente, à des époques antérieures.

Chez notre malade de l'observation LVI nous avons vu la paraplégie se manifester brusquement et se dissiper avec une grande facilité. Les mouvements convulsifs étaient parfois excessivement violents, lorsque, par exemple, les jambes étaient dans une position verticale. Le malade était en même temps affecté d'un défaut de coordination des mouvements et d'une perte complète du sens de l'activité musculaire, c'est-à-dire que lorsqu'on plaçait ses membres dans une position déterminée la vue seule pouvait lui rendre compte de leur situation.

L'examen de la colonne vertébrale ne nous a jamais permis de constater l'existence d'une déformation quelconque. Il est vrai que chez un malade nous avons trouvé des tumeurs gommeuses sur le trajet de la colonne vertébrale. Mais ces tumeurs étaient indépendantes de la tige osseuse sur laquelle on pouvait leur imprimer des mouvements variés. Du reste l'autopsie a fait constater

e réelle de la paralysie : une matière plastique ée dans le canal rachidien comprimait la moelle ıntissait les mouvements des membres.

i quoique tous les auteurs répètent que la paralysie nbres inférieurs est produite par des exostoses de nne vertébrale, nous ne pouvons admettre ces ns, qui ne sont pas fondées sur les recherches ;opiques.

llain (1) a publié une observation, à laquelle il donne : *Compression de la moelle épinière par une ou rs exostoses syphilitiques ; paralysie progressive de bilité et de la locomotion*. Nous reproduisons un de cette observation intéressante.

.., âgé de 36 ans et d'une bonne constitution, eut, en 1857, un chancre induré, compliqué d'adénopathie in- Six semaines après, engorgement des ganglions post- ıx, impétigo du cuir chevelu, roséole syphilitique, muqueuses. Traitement spécifique. Une salivation elle se déclare trois semaines après et force le malade endre la médication. Plus tard on prescrit l'iodure ıssium pendant quarante jours. Cependant d'autres tations secondaires continuaient à paraître (plaques ıses au pourtour de l'anus et syphilide pustuleuse). ois de mai 1857, M. Ricord, consulté, prescrivit le proto- le mercure. Ce traitement est suivi pendant quatre puis le malade est mis pendant deux autres mois à de potassium.

nvier 1858 le tibia gauche devint le siége d'une périos- malade est remis à l'iodure de potassium à la dose de ammes par jour ; ce traitement fut continué pendant ›is.

le 15 juin 1858 apparaissent, sur le trajet de la colonne ıle, des douleurs continues, exaspérées par les mouve-

niteur des hôpitaux. Octobre 1858.

ments de flexion et d'extension. A la partie postérieure de la tête, douleurs intermittentes, nocturnes ou diurnes, lancinantes, ayant leur point de départ au niveau des premières vertèbres cervicales, et s'irradiant le long de l'occiput. Les mouvements de flexion de la tête sont impossibles; points douloureux à l'angle inférieur de l'omoplate gauche et au mamelon du même côté. Bientôt après, faiblesse dans les membres inférieurs; le membre pelvien droit est le siége d'un engourdissement qui, suivant une marche ascendante et progressive, s'étend du pied à la jambe, à la cuisse, aux parties génitales, à la fesse et à l'hypochondre. Du côté gauche, l'engourdissement n'occupa pendant assez longtemps que les orteils. La marche est incertaine, vacillante; le pied droit se relève difficilement, l'incertitude dans la marche existe surtout le matin, au réveil; parfois des crampes se manifestent dans les jambes; les membres supérieurs sont affectés d'un tremblement continuel. Plus tard la paralysie s'étend à la vessie et au rectum; la sensibilité s'éteint complétement dans les membres inférieurs jusqu'à l'ombilic; la contractilité musculaire est abolie dans les mêmes régions; l'intelligence est saine; les digestions sont bonnes; pas de fièvre. On diagnostique une compression progressive de la moelle épinière par une ou plusieurs exostoses syphilitiques. Application de quinze sangsues sur le trajet de la moelle épinière; frictions mercurielles sur la colonne vertébrale; iodure de potassium à la dose de 3, puis de 6 grammes par jour. Après quinze jours de traitement, la sensibilité est en partie revenue; le malade peut exécuter quelques mouvements dans son lit; crampes très-douloureuses dans le membre pelvien droit; engourdissement, fourmillements, sensation de froid. La vessie et le rectum sont toujours complétement paralysés. L'amélioration fait des progrès jusqu'au 10 août. A la suite d'un effort que fit le malade pour garder un lavement (la canule étant dans le rectum), il ressentit une douleur violente, qui se propagea à tout l'abdomen. La fièvre s'alluma, des nausées et des vomissements se déclarèrent; le ventre devint tendu et très-douloureux. En pratiquant le toucher par le rectum, on trouva une déchirure d'un centimètre environ, très-douloureuse au toucher. Cette déchirure avait été produite par la canule en ivoire dont s'était servi

le malade. Le 17 août, il reprit son traitement par l'iodure de potassium. L'amélioration dans les symptômes de la maladie devint chaque jour plus grande, et le 30 septembre la sensibilité est revenue dans les deux membres ; le malade marche appuyé sur l'épaule de son domestique ; la paralysie de la vessie et du rectum a disparu en grande partie ; le besoin d'uriner se fait sentir deux ou trois fois par jour, et M. X.. peut conserver ses urines. La santé générale est excellente.

Réflexions. — Rien dans les symptômes décrits chez ce malade ne permet de soupçonner une exostose de la colonne vertébrale. Il s'agit certainement d'une paraplégie syphilitique ; mais la syphilis peut produire de plusieurs autres manières la paralysie des membres inférieurs.

L'ouverture des cadavres ayant prouvé d'une manière incontestable que la paraplégie syphilitique à son summum d'intensité peut exister sans *lésions appréciables*, nous nous sommes demandé *si ce n'est pas là le cas* le plus ordinaire. Car on conçoit bien plus facilement que les membres puissent reprendre leurs fonctions lorsque la moelle n'a été troublée que dynamiquement, qu'après la disparition d'une altération de tissu. En effet, ainsi que nous l'avons déjà dit, une compression prolongée détermine une altération de structure qui, une fois produite, doit rester d'une manière permanente.

OBSERVATION XXXIII. — *Chancre en 1855, syphilides, plaques muqueuses, mercure. Syphilides palmaires, à diverses reprises ; plus tard testicules syphilitiques et paraplégie. Mercure, iodure de potassium, cautérisations au fer rouge, douches sulfureuses, guérison presque complète.*

M. X... est âgé de 38 ans. Il ne présente rien à noter du côté de sa famille. Bien constitué, il a toujours joui d'une bonne santé. Il eut plusieurs blennorrhagies qui ont toujours cédé, avec facilité, aux balsamiques.

En 1855, il contracta un chancre dont il ne s'aperçut que huit jours après le coït. Ce chancre fut cauterisé à plusieurs reprises avec un liquide qui paraît avoir été le nitrate acide de mercure. L'ulcération ne se cicatrisa qu'un mois environ après qu'elle fut remarquée. Il n'y a pas eu d'adénite inguinale; du moins ni le malade, ni le médecin n'en ont constaté l'existence. Dès que le médecin de M. X... fut consulté, il prescrivit, le jour même de la première cautérisation, des pilules mercurielles dont la composition nous est inconnue. Ce traitement a été suivi pendant plus de cinq semaines.

Quelque temps après sa suspension, M. X... fut pris d'un malaise, d'une lassitude très-prononcée, accompagnée d'anorexie. A la suite de ces symptômes il vit apparaître une éruption générale de taches rouges non saillantes, disparaissant sous la pression du doigt et siégeant principalement sur le tronc.

Cet exanthème fut qualifié de syphilitique par le médecin de M. X...; quelques jours après son apparition, il survint des plaques muqueuses gutturales qui, avec la roséole, ont constitué les seules manifestations diathésiques observées à cette époque. Un traitement mercuriel fut de nouveau ordonné à M. X... qui le suivit pendant six semaines environ. Pendant ce laps de temps les phénomènes cutanés et muqueux se sont entièrement dissipés. Dans le but de prévenir le retour d'autres accidents syphilitiques, M. X... fut soumis, pendant plusieurs mois, à la médication iodée, qu'il suspendait par intervalles.

A la fin de 1856, il consulta M. Ricord. Il n'avait à cette époque aucun symptôme syphilitique; mais, de passage à Paris, M. X... voulut, par acquit de conscience et pour sa tranquillité d'esprit, demander l'avis du célèbre syphilographe. Notre savant maître, après avoir très-attentivement examiné le malade, n'ayant rencontré aucun indice de la persistance de la maladie, l'engagea à ne point s'en inquiéter, pour le moment.

X... continua à se bien porter jusqu'en novembre 1859. A cette époque le testicule gauche se gonfla ; il devint un peu plus dur et occasionna, paraît-il, par son volume et par son poids, des douleurs lombaires assez prononcées. Un traitement par l'iodure de potassium fit revenir l'organe à ses dimensions normales ; il fut suspendu aussitôt après.

A la fin de 1860, M. X... commença à éprouver des douleurs

le long du rachis, notamment à la région lombaire. Ces souffrances existaient aussi bien le jour que la nuit; elles n'ont jamais été violentes et ne se sont jamais propagées dans les membres. A la même époque le testicule gauche se gonfla de nouveau, en même temps qu'il est survenu des troubles du côté de la miction. Le malade était souvent obligé d'attendre, pendant quelques secondes, l'écoulement de l'urine. Il lui arrivait aussi de laisser involontairement échapper de ce liquide, aussitôt après la miction et lorsqu'il pensait avoir expulsé tout ce qui était contenu dans la vessie. Les membres pelviens n'avaient encore éprouvé aucun trouble dans l'exercice de leurs fonctions, et le malade, grand marcheur d'habitude, se livrait journellement à de longues excursions.

En janvier 1861, X... s'aperçut d'une légère diminution dans la force de ses jambes; il se fatiguait facilement; il éprouvait de la faiblesse dans les genoux, lorsqu'un jour, voulant hâter le pas pour traverser une rue, lors du passage d'une voiture, il s'affaissa tout à coup sous lui, ses genoux ayant fléchi subitement. C'est à partir de ce jour que les phénomènes de la paraplégie augmentèrent avec rapidité; la marche devint incertaine et vacillante. Les chutes se répétaient fréquemment; M. X... marchait en zigzag, etc.

Un médecin anglais prescrivit un traitement par l'iodure de potassium, mais à dose minime : le médicament ne fut pas administré au delà de 50 centigrammes par jour et cela pendant trois mois. La paraplégie faisait néanmoins des progrès; les troubles de la miction et de la défécation accusaient aussi une aggravation de la maladie.

M. H. Gueneau de Mussy fut consulté à ce moment-là. Il constata l'existence du testicule syphilitique, examina scrupuleusement les antécédents du malade et n'hésita pas à reconnaître toutes les probabilités qui existaient en faveur d'une paralysie d'origine syphilitique. Aussi ordonna-t-il l'iodure de potassium à haute dose.

Au mois de juin de la même année, nous voyons le malade avec nos affectionnés maîtres MM. Louis et Ricord. L'examen le plus attentif ne fait découvrir, en fait d'accidents syphilitiques, qu'un sarcocèle vénérien. La glande séminale gauche est gonflée, rugueuse; sa consistance est altérée; elle a perdu sa

rénitence et son élasticité, ainsi que sa sensibilité physiologique. Le testicule droit a lui-même subi en partie les altérations décrites; néanmoins l'organe conserve, en grande partie, son élasticité ; la tunique albuginée n'est épaissie que dans le voisinage du corps d'Hygmore. Rien du côté de la peau ou des muqueuses ; en un mot il n'existe chez le malade aucune autre manifestation syphilitique appréciable; pas d'exostoses, pas de douleurs ostéocopes. Interrogé avec insistance sur ses antécédents, il nous informe qu'à différentes reprises, depuis 1856, il constata, aux paumes des mains, des taches d'un rouge foncé, de la grandeur parfois d'une pièce de 50 centimes. Ces taches, après avoir persisté pendant plusieurs semaines, en passant par diverses couleurs, étaient suivies de desquammation de l'épiderme, et s'effaçaient ainsi, pour revenir quelques semaines ou quelques mois plus tard (syphilides palmaires).

X... ne peut se tenir sur un seul pied. Le membre pelvien droit est sensiblement plus faible que le gauche. La station même sur les deux pieds est vacillante. La marche est très-irrégulière. X... ne peut maîtriser les mouvements de ses jambes, qui tantôt dépassent les ordres de la volonté, tantôt n'exécutent qu'incomplétement ce qu'il se propose de faire. Aussi voit-on que, malgré ses efforts, il ne peut aller en ligne droite; ses pas sont comme saccadées; ils manquent d'uniformité : ils sont tantôt grands, tantôt petits; parfois les genoux manquent de rigidité. Le malade se déplace plutôt avec les muscles de la cuisse, qu'avec ceux de la jambe : ainsi le pied est détaché du sol brusquement et par les efforts de la cuisse, sans se relever sur sa pointe par la contraction des extenseurs (les gastrocnémiens). Il est également posé à terre en bloc et par toute la plante.

La sensibilité à la température et au contact est conservée. Le contact du sol est apprécié; le chatouillement perçu. X... se rend compte de la position de ses membres, lorsqu'on l'interroge après les avoir déplacés passivement et pendant que ses yeux restent fermés. La conscience musculaire est par conséquent conservée. Mouvements convulsifs légers, fourmillements, engourdissements. Inertie complète des organes génitaux; l'expulsion des urines se fait attendre; le jet s'interrompt souvent, et le malade est obligé de faire des efforts avec les muscles larges de l'abdomen pour le rétablir. Il lui arrive sou-

vent, lorsqu'il croit avoir rejeté tout le liquide contenu dans le réservoir urinaire, de pisser dans sa culotte. L'urine elle-même ne présente rien à noter. Constipation opiniâtre : impossibilité d'aller à la garde-robe sans avoir recours aux lavements. Pas de sentiment de constriction, de ceinture abdominale. L'exploration la plus attentive ne fait découvrir aucune déformation du rachis. La percussion le long de la colonne ne détermine de douleurs nulle part. D'ailleurs, il n'y a pas non plus de souffrances spontanées sur une partie limitée de la colonne vertébrale ; X... n'éprouve que quelques douleurs peu intenses qui surviennent tantôt le jour, tantôt la nuit, et qui parcourent tout le rachis. Pas de céphalée, rien du côté de l'encéphale. Embonpoint médiocre et normal chez M. X...; appétit excellent. Jamais d'accidents rhumatismaux.

En présence d'une syphilis constitutionnelle, qui depuis 1855 a donné maintes fois des preuves de son existence, d'abord par l'apparition d'un exanthème syphilitique et de plaques muqueuses, plus tard par des syphilides palmaires et par un sarcocèle vénérien, le diagnostic rationnel était évidemment le suivant : paraplégie syphilitique coïncidant avec une albuginite double.

Le traitement prescrit fut le suivant : pilules d'iodure de mercure (chacune de 5 centigrammes), de une à trois par jour, onctions sur le vertex, tous les deux jours, avec 8 grammes d'onguent napolitain, bains sulfureux. Ce malade fut soumis à notre observation pendant quatre mois. MM. Ricord et Louis voyaient M. X... tous les quinze jours, régulièrement.

L'amélioration s'est fait attendre pendant six semaines. L'état du malade ne s'aggrava pas pendant ce laps de temps, mais il resta le même. Il lui arriva parfois de ne pouvoir conserver ses urines qui lui échappaient soit le jour, soit la nuit pendant le sommeil, et lorsque la vessie n'en contenait qu'une petite quantité. De légers boutons de feu furent plus tard appliqués tous les trois jours sur la colonne vertébrale, pendant six autres semaines, en même temps que M. X... prenait, tous les deux jours intercalaires, des douches sulfureuses, suivies de massage.

L'iodure de potassium fut également prescrit; M. X... en prit jusqu'à 6 grammes par jour.

Sous l'influence de ce traitement, la paraplégie céda progressivement. Les membres devinrent fermes, la démarche régulière et en ligne droite. M. X... put recouvrer assez de force et de précision dans les mouvements, pour se retourner en marchant. La miction et la défécation sont devenues physiologiques; aussi, après trois mois de traitement spécifique couronné de succès, les moyens mentionnés furent mis de côté, et le malade fut soumis aux toniques (amers et ferrugineux), aux bains salés et à l'électro-magnétisme appliqué d'abord tous les deux jours, et plus tard journellement, dans le but de rendre aux muscles leur volume et leur pouvoir contractile physiologique.

Réflexions. — Le traitement spécifique, auquel X... fut soumis après avoir contracté son chancre, fut de trop courte durée pour éloigner, même pendant quelque temps, les manifestations diathésiques; aussi fut-il couvert d'un exanthème général, peu de jours après sa suspension. Malgré cet avertissement très-instructif donné par l'affection au malade et au médecin, le traitement fut interrompu de nouveau, six semaines après qu'il fut commencé. X... éprouvait, de temps à autre, des accidents qui auraient pu faire présager le triste avenir qui lui était réservé. Néanmoins ces accidents furent tellement bénins et parfois tellement espacés entre eux que X... n'y attachait aucune importance.

Malgré l'insuffisance du traitement qui avait à peine pallié la diathèse, il a fallu un espace de plusieurs années pour que la maladie occasionnât des accidents graves. Effectivement, c'est en 1861, c'est-à-dire six ans après le début de la maladie, que parurent les symptômes de la paraplégie.

Les phénomènes morbides qui ont ouvert la scène ont consisté en des douleurs vagues s'étendant sur out le trajet du rachis; douleurs qui se faisaient sentir

indistinctement le jour et la nuit. Ce n'est qu'après l'apparition d'une dysurie assez prononcée que les membres pelviens ont commencé à perdre de leur force.

L'absence de toute déformation appréciable du rachis, ainsi que de douleurs, que l'on puisse qualifier d'ostéocopes, éloignent l'idée d'une exostose qui, en comprimant la moelle, aurait déterminé les troubles profonds observés chez X...

Y aurait-il eu chez lui quelque épanchement gommeux entravant les fonctions de la moelle? C'est ce qu'il serait impossible de prouver. On verra d'ailleurs que des malades atteints d'une paraplégie complète développée, sous l'influence de la syphilis, n'ont présenté à l'autopsie aucune lésion qui expliquât les perversions fonctionnelles observées pendant la vie (1).

Malgré l'absence de toute preuve irrécusable établissant la nature spécifique de la paraplégie, vu les antécédents évidemment syphilitiques du malade, la succession de nombreuses manifestations péremptoirement véroliques et enfin la coexistence de testicules syphilitiques à l'époque à laquelle fit invasion la paralysie, il était rationnel de reconnaître la même origine à tous ces accidents et de chercher à les combattre par les antidotes souverains. En effet les espérances conçues ne furent point démenties; l'avenir donna raison au diagnostic posé, et les résultats obtenus par la médication ont offert leur contingent de probabilités, en faveur de la nature syphilitique de la maladie.

(1) Voir plus loin l'article sur *les paralysies syphilitiques sans lésions*.

OBSERVATION XXXIV. — *Paraplégie. — Sciatique. — Paralysie du nerf mentonnier. — Nombreuses tumeurs syphilitiques. — Cachexie. — Mort, malgré la médication spécifique. — Autopsie.*

Au mois d'avril 1855, X..., âgé de 35 ans, entra dans le service de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 2. C'est un homme de taille moyenne, aux formes grêles, presque chauve, d'un facies terreux et terne, ayant les muqueuses pâles et décolorées, présentant en un mot tous les signes d'une anémie excessivement prononcée.

En 1850, il eut un chancre induré du frein, qui dura fort longtemps (?). Il fut soumis, à cette époque, à un traitement mercuriel pendant deux mois; mais il ne connaît ni la dose ni la préparation hydrargyrique employée.

A la suite de cette ulcération, il n'y eut aucun accident du côté de la peau ou des muqueuses ; mais en 1854, il fut pris d'une série de symptômes excessivement graves ; c'étaient des signes généraux d'un trouble profond de l'organisme : faiblesse, prostration, maigreur, palpitations, étouffements par suite du moindre effort, etc. En même temps, deux exostoses commencèrent à poindre, l'une à la partie antérieure du sternum, l'autre à la partie horizontale du maxillaire inférieur. Il entra dans le service de M. Hérard, à Saint-Antoine, qui le soumit, sans aucun succès, à l'iodure de potassium.

Lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu, il offrait une maigreur de squelette, et les attributs de la cachexie la plus avancée : bruit de souffle anémique très-prononcé dans les vaisseaux et au cœur; la partie inférieure du tronc ne présente qu'une sensibilité très-obtuse au contact. Les pincements, ainsi que les piqûres d'épingles, n'y déterminent que fort peu de souffrance ; les membres inférieurs refusent de porter le corps, et le malade ne peut les déplacer qu'à peine et avec les plus grandes difficultés. Il éprouve des douleurs ostéocopes très-violentes dans les membres inférieurs ; mais il souffre surtout *incessamment d'une sciatique gauche.*

Au tiers supérieur du sternum, il existe une périostose avec altération de la peau qui est rouge, violacée. La tumeur, ayant

un diamètre de 25 centimètres environ, présente une grande ressemblance avec un abcès froid.

Une tumeur siége au sein droit; elle est ulcérée, rouge et jaunâtre par places; elle fut d'abord prise pour *un cancer;* mais le microscope y découvrit les éléments des tumeurs gommeuses, et trancha ainsi la question en l'attribuant *à la syphilis*. (On a vu, dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, quels sont les caractères que les micrographes les plus distingués assignent à la plasticité syphilitique.)

Sur la partie horizontale du maxillaire inférieur, à gauche, et à un centimètre de la symphyse, il existe une autre tumeur formée en partie par l'augmentation du volume de l'os, en partie parune périostose, avec dépôt plastique. Elle est un peu plus petite que la tumeur sternale. La peau qui la recouvre est rouge, et la pression y détermine des douleurs vives. Les mouvements exigés pour la mastication et même pour l'acte de la parole sont très-douloureux; aussi le malade ne les exécute-t-il que très-incomplétement.

Le nerf mentonnier, probablement comprimé ou altéré par l'affection osseuse, cesse d'animer la lèvre inférieure, à sa moitié gauche; aussi peut-on piquer et pincer cette lèvre sans que le malade éprouve aucune douleur. La sensation est abolie à tel point, que lorsqu'il boit, il a l'impression *du verre cassé*, dont le morceau manque du côté paralysé.

La moitié gauche de la langue a complétement perdu sa sensibilité tactile. Six tumeurs gommeuses sont disséminées le long du rachis; elles ont chacune le volume d'un gros pois environ. Les pilules mercurielles, les fumigations de cinabre et l'iodure de potassium n'ont produit aucune amélioration; bien loin de là, la cachexie, avançant rapidement, emporta le malade, en le réduisant au marasme.

L'*autopsie* fit découvrir dans le canal vertébral, autour de la moitié inférieure de la région dorsale de la moelle et dans toute l'étendue de la région lombaire, un épanchement gélatineux d'une consistance gommeuse, qui comprimait la moelle épinière.

Dans la fesse gauche, au-dessous des couches musculaires, il existait *une tumeur* du volume d'une noix, comprimant le nerf sciatique. D'après l'examen microscopique, toutes les tu-

meurs étaient constituées, ainsi que l'épanchement *intra-rachidien*, par le tissu propre des gommes que nous avons déjà décrit. Cet examen a été fait par M. Charles Robin.

Réflexions. — Cette observation nous offre plusieurs points d'étude, dignes de fixer notre attention.

D'abord elle prouve, de la manière la plus évidente, l'impuissance de tout traitement, lorsque la diathèse syphilitique a atteint son plus haut degré de développement et qu'elle a profondément altéré l'organisme.

La cachexie syphilitique existait chez ce malade avec de nombreuses manifestations de la syphilis; ce qui ne s'observe pas très-fréquemment, à la dernière période de la diathèse. La névralgie sciatique trouve son explication dans la présence de la tumeur que nous avons signalée, tumeur qui comprimait le tronc du nerf.

La paralysie du nerf mentonnier était également consécutive à une compression du tronc du nerf dentaire inférieur, déterminée par les altérations syphilitiques dont le maxillaire inférieur était le siége.

L'erreur de diagnostic, relative à la nature de la tumeur du sein, erreur rectifiée par l'examen microscopique, n'est pas moins instructive.

Enfin l'autopsie de cet individu a fait trouver, outre les nombreuses lésions et les produits multiples de la syphilis, constatés pendant la vie, un épanchement gommeux dans une grande étendue du canal vertébral, épanchement dans lequel le microscope a reconnu les éléments fibro-plastiques. Cet épanchement si abondant nous rend compte des troubles profonds, dont la moelle épinière a été le siége, c'est-à-dire de la paraplégie complète dont fut atteint ce malade.

OBSERVATION XXXV. — *Chancre induré en 1856. — Traitement mercuriel. — Quatre mois après, accidents gutturaux ; mercure pendant deux mois. — En 1858, plaques muqueuses guéries par un traitement mercuriel de deux mois ; elles reviennent trois mois après, disparaissent de nouveau, et ainsi de suite plusieurs fois. — A la fin de 1858, paraplégie avec troubles de la miction et de la défécation ; psoriasis des muqueuses. — Mercure pendant trois mois. — Guérison des accidents labiaux et de la paraplégie ; iodure de potassium pendant six semaines ; persistance de la faiblesse des jambes et de l'impuissance. — En avril 1860, épanchement sous-rétinien ; symptômes d'amblyopie, mercure ; guérison.*

X... est âgé de 36 ans. D'une constitution assez forte et d'une bonne santé habituelle, il n'a jamais eu de maladie sérieuse, jusque dans ces derniers temps. Aucun membre de sa famille n'eût de paralysie ou une maladie nerveuse quelconque.

En 1852, de passage à Paris, il contracta une uréthrite grave, accompagnée d'accidents inflammatoires intenses, et compliquée de cystite. Nous devons signaler que, depuis ce moment-là, il lui est arrivé, plusieurs fois, une incontinence d'urine, c'est-à-dire que le liquide s'échappait contre la volonté du malade.

En 1856, il eut un chancre du prépuce. Dès qu'il fut constaté, le malade fut soumis à trente jours de traitement par la liqueur de Van Swieten, dont nous ignorons la dose. Aussitôt que l'ulcération se cicatrisa, on interrompit le traitement. Une induration très-prononcée persista après la disparition de l'ulcération. Vingt jours après la cicatrisation du chancre, l'ulcération fut le siége d'un travail ulcératif; et, à cette occasion, X... fut remis au traitement hydrargyrique, pendant quarante jours. Au bout de ce temps, l'induration aurait complétement disparu. Mais, quatre mois après, il survint des accidents du côté de la gorge; la voix elle-même fut altérée. On reprend de nouveau le traitement mercuriel, que l'on continue pendant deux mois environ. Cette fois-ci, on eut recours à l'iodure de mercure, dont la dose fut portée jusqu'à 15 centigrammes par jour.

En 1858, il aurait eu des plaques muqueuses des lèvres. A

l'occasion de cette nouvelle récidive, il fit un traitement mercuriel de deux mois. Les accidents des lèvres disparaissent, mais ils reviennent trois mois après. Ils se dissipent de nouveau, sous l'influence d'un traitement mercuriel de quarante jours. Ces plaques exulcérées, larges comme une pièce d'un franc, à bords ondulés, siégeant chaque fois à la commissure gauche, sont ainsi revenues quatre fois; elles ont été combattues chaque fois avec efficacité par les mercuriaux, dont l'usage fut toujours interrompu, aussitôt après leur disparition.

A la fin de 1858, il remarqua une faiblesse croissante des membres inférieurs, avec paresse intestinale et difficulté de garder les urines.

En 1859, le malade vient à Paris pour se soumettre à un traitement régulier. A la face muqueuse de la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, il existe une large plaque, granulée en certains endroits, grisâtre en d'autres points, circonscrite par un bord irrégulier et comme saillant. Cette plaque, large d'un centimètre et demi environ, et haute d'un centimètre, dans sa partie la plus étendue, est qualifiée de *plaque psoriasique* par M. Ricord, qui vit le malade plusieurs fois.

Il existe en outre chez M. X... une paraplégie évidente. La marche est difficile ; le malade ne peut se promener pendant plus d'un quart d'heure, sans être obligé de s'asseoir; les genoux fléchissent souvent, sous le poids du corps; fréquemment aussi, pendant la marche, les jambes refusent d'exécuter les ordres de la volonté. Aussi M. X... a-t-il failli plusieurs fois se faire écraser, s'arrêtant tout d'un coup au milieu de la chaussée, malgré les efforts qu'il faisait pour hâter le pas. Les pieds traînent pendant la progression, notamment le gauche, qui paraît aussi plus lourd, au malade. Grande difficulté à descendre les escaliers; les jambes se croisent fréquemment dans ce mouvement; impossibilité de rester sur un seul pied. La sensibilité au contact et l'appréciation de la température sont conservées, ainsi que la notion de la position des membres. Légers mouvements spasmodiques par moments; pas de douleurs, ni dans les masses musculaires, ni dans les os des jambes, ni sur le trajet de la colonne vertébrale. Pas de sensation de ceinture abdominale.

D'une manière générale, constipation opiniâtre et impossi-

bilité d'aller à la garde-robe, sans purgatif ou sans lavement. Mais il arrive à X... d'être pris de diarrhée; il ne peut alors garder les matières; aussi lui est-il arrivé plusieurs fois de faire dans ses pantalons.

Troubles également profonds de la miction. Le malade est obligé d'attendre parfois pendant plus d'une minute, avant que le jet de l'urine ne commence, et cela, malgré les contractions énergiques des muscles abdominaux. Le jet s'interrompt à plusieurs reprises. D'autres fois, l'urine sort goutte à goutte d'abord, et ce n'est que plus tard qu'elle est expulsée sous forme de jet. De temps en temps, et sans qu'on sache la raison de ces variations, il y a des envies fréquentes d'uriner, lors même qu'il n'y a que peu de liquide dans la vessie. Dans d'autres moments, l'urine s'échappe involontairement, dès que le besoin d'uriner s'est fait sentir, malgré les efforts du malade pour empêcher cet accident, qui n'arrive que rarement. Parfois, X... urine dans son lit pendant la nuit, bien qu'il ait la précaution de vider sa vessie avant de se coucher. L'urine est parfois troublée par des mucosités.

Le cathétérisme uréthral, pratiqué par M. Ricord, ne fait constater aucun obstacle, aucun rétrécissement du canal; mais la vessie se vide incomplétement; aussi contient-elle encore de l'urine, lorsque le malade vient de rendre tout ce qu'il pouvait expulser. Le toucher rectal ne fait rien constater, du côté de l'intestin ou de la prostate. Depuis plusieurs mois, absence complète d'érections; pas de pollutions ni de spermatorrhée. La colonne vertébrale, attentivement explorée, ne présente rien à noter; pas de déformation, pas de douleur spontanée ou consécutive à la pression ou à la percussion. Malgré l'examen le plus minutieux, nous ne trouvons chez M. X... aucune autre manifestation syphilitique. Maigreur assez prononcée, anorexie, anémie, se traduisant par de la pâleur et par un bruit de souffle, au premier temps et à la base du cœur.

X... fut soumis à un traitement mercuriel de trois mois de durée. Il prit 10 et 20 centigrammes de proto-iodure de mercure par jour; de plus, tous les deux jours, onctions, sur la colonne vertébrale, avec 6 grammes d'onguent mercuriel double; fer réduit aux repas, vin de quinquina, bains sulfureux.

Quarante jours après le commencement du traitement, la plaque psoriasique des lèvres disparut complétement; la paraplégie commença aussi à s'améliorer. La marche devint plus facile. X... était bien plus solide sur ses jambes; il pouvait marcher pendant une demi-heure et même une heure, sans éprouver les accidents qu'il avait autrefois. La miction devint aussi plus régulière. Il n'y avait plus émission involontaire, ni seules sont ni des matières fécales. Les fonctions génitales des urines restées dans le même état d'inertie. Le malade nous dit qu'il n'éprouve aucun besoin, aucune sensation de ce côté; c'est comme s'il était privé de ces organes.

Après trois mois de traitement mercuriel, corroboré par les amers et les ferrugineux, X... fut soumis pendant six semaines à l'iodure de potassium dont la dose fut portée jusqu'à 5 grammes par jour. Les médicaments toniques n'ont pas été suspendus. La santé générale du malade s'améliorait progressivement ; les membres pelviens se fortifiaient de plus en plus.

Après le traitement iodé, on laissa reposer le malade pendant quelque temps. Puis une nouvelle consultation eut lieu avec MM. Bouillaud et Ricord : il fut décidé que la diathèse syphilitique était suffisamment combattue. Si les membres pelviens n'ont pas recouvré leur énergie normale, c'est qu'il existe chez le malade un état anémique très-prononcé. Aussi X... fut-il soumis aux douches froides. L'état du malade ne s'améliora pas. Les jambes restaient toujours faibles, un peu chancelantes, la miction un peu difficile. Il survint de nouveau quelques émissions involontaires d'urine. Pas de selles, sans qu'elles fussent provoquées par des lavements. Parfois même un et deux lavements ne produisent aucun effet. Enfin ce qui tourmente le malade avant tout, c'est toujours l'état d'inertie des organes génitaux. Le traitement hydrothérapique fut suivi pendant six semaines sans amener aucun résultat. Plus tard X... fut remis aux amers et aux ferrugineux.

En avril 1860, tout à coup la vue commence à se troubler; les objets sont couverts d'un brouillard de plus en plus épais; les symptômes d'amblyopie s'aggravent progressivement; les lettres paraissent vacillantes ; des mots manquent dans la ligne que X... veut lire, etc. Ces symptômes existent du côté droit. La pupille est paresseuse.

L'ophthalmoscope nous fait constater d'abord une choroïdite, et, quelques jours après, un épanchement sous-rétinien, situé autour de la papille du nerf optique. Cet épanchement dépasse surtout la papille, du côté interne ; il a dans ce dernier sens, le tiers environ du diamètre de la papille. Il est d'un blanc sale, à bords irréguliers, ondulés. Cet épanchement est considéré comme étant consécutif à la syphilis, ainsi que de nombreuses observations nous l'ont appris. (Voir l'article sur l'*Amaurose.*)

M. Desmarres examine le malade quelques jours après. Il constate les mêmes lésions et conseille un traitement mixte : iodure de mercure à la dose de 10 centigrammes par jour, iodure de potassium de 1 à 3 grammes par jour.

X... désolé et à bout de patience réclame tous les jours de nouvelles consultations. Il est vu plusieurs fois par MM. Andral, Bouillaud, Desmarres, Gibert, Ricord. L'iodure de mercure, n'agissant pas avec assez de rapidité, fut remplacé par l'iodure ioduré d'hydrargyre, que le malade continua pendant deux mois. Après quoi il prit de nouveau de l'iodure de potassium, pendant six semaines. Sous l'influence de l'iodure ioduré, tous les accidents de la vue se sont dissipés dans l'espace de cinq semaines. La vision est redevenue nette et précise comme elle l'était avant, et l'ophthalmoscope nous montra que l'épanchement et la choroïdite avaient entièrement disparu. Mais les fonctions génitales, la miction, la défécation et les membres pelviens étaient dans le même état, c'est-à-dire que X... n'éprouvait aucun désir vénérien ; absence complète d'érections. Constipation habituelle, qui exige l'usage continuel de lavements. Il urine bien, mais parfois il lui arrive de perdre de ses urines, le jour ou la nuit. Néanmoins la vessie se vide complétement, et le jet commence aussitôt que le malade veut uriner. Enfin il marche bien, en ligne droite; les jambes ne trébuchent pas; les genoux ne fléchissent pas; les pieds ne traînent pas. Le malade se fatigue facilement. Cependant il va presque tous les jours à pied depuis le rond-point des Champs-Élysées jusqu'au boulevard des Italiens et rentre chez lui également à pied. Quelque temps après, le malade fut mis de nouveau aux toniques. Une nouvelle consultation l'engagea à se rendre à Luchon, pour y faire une cure complète; c'était en

août 1860. X... n'avait plus aucun signe appréciable de la persistance de la diathèse syphilitique.

Réflexions. — Que de fois ce malade fut soumis au traitement mercuriel, et que de fois des symptômes nouveaux sont venus témoigner de la nécessité de revenir encore aux spécifiques! Et sans parler des médications irrégulières qu'il suivit pendant la première année de l'infection, ne l'avons-nous pas vu nous-même, avec nos savants maîtres, offrir de nouveau des accidents diathésiques, lorsqu'il venait à peine de terminer une cure spécifique de près de cinq mois? Ainsi l'amblyopie, liée à l'existence d'un épanchement sous-rétinien, est survenue, à la surprise de tous, lorsque le malade avait le droit de se croire, au moins pour quelque temps, à l'abri des récidives.

La paraplégie arriva chez ce malade plus de deux ans après l'infection. Il est incontestable qu'elle était consécutive à la syphilis. Outre qu'elle coïncidait avec l'éruption psoriasique des lèvres, elle a guéri par les spécifiques. Mais quelle est la lésion anatomique qui l'aurait déterminée? Ce ne peut être une exostose; car, outre qu'il n'existait nulle part chez le malade une lésion pareille, il y avait absence complète de douleur à la région de la colonne vertébrale, et nous savons qu'un caractère essentiel de ce genre de lésions, c'est d'occasionner des souffrances, parfois très-intenses. Serait-ce une tumeur gommeuse développée dans l'épaisseur de la moelle ou bien un épanchement gommeux situé dans le canal vertébral comme chez le malade de M. le professeur Rostan (OBSERV. XXXIV)? Nous verrons plus loin (dans l'art. *Paralysie sine materia*) que la paralysie, manifestement syphilitique, peut exister en l'absence de toute altération anatomique appréciable.

Les troubles de la miction et de la défécation étaient très-profonds chez ce malade. Ils se sont dissipés presque entièrement par le traitement. Néanmoins la vessie et le rectum n'avaient pas recouvré l'intégrité de leurs fonctions, et les jambes ne sont pas tout à fait revenues à l'état normal. Y aurait-il chez ce malade une altération des fibres de la moelle, par la compression qu'aurait exercée sur elle une tumeur syphilitique? Ce n'est que de cette manière qu'on peut se rendre compte de la persistance des phénomènes paralytiques, liés évidemment à la syphilis, bien que celle-ci fût heureusement combattue par ses neutralisants. La cause première de la paralysie a disparu, mais la modification éprouvée par la substance nerveuse, consécutivement à la tumeur syphilitique, peut être permanente. Dans ces cas il y a amélioration très-considérable des phénomènes paralytiques, comme chez ce malade, mais non guérison complète.

L'absence d'érections est à noter dans ce cas. Peut-on supposer que la lésion matérielle, si lésion matérielle il y avait, siégeait à la région de la moelle, où l'on a placé le centre génital, dans ces derniers temps?

Observation XXXVI. — *Chancres en 1838. — En 1842, gommes, ecthyma, paraplégie, guérison par les spécifiques. — Rechute, nouvelle guérison par le même traitement.*

M. V..., âgé de 53 ans, d'une constitution primitivement robuste, mais depuis plusieurs années déjà altérée par des excès de tout genre, contracta, en 1838, des chancres de la verge, qui durèrent trois semaines, et pour lesquels il subit un traitement mercuriel de quarante jours. Plus tard, il fit un long voyage pendant lequel il éprouva une constipation opiniâtre et de l'engourdissement dans les lombes, puis des douleurs et de la pesanteur de tête. A la suite de ces symptômes, se manifesta une paralysie faciale du côté droit, qui aug-

menta insensiblement. La parole était devenue assez difficile; les facultés intellectuelles restèrent intactes.

Après quarante bains de Wiesbaden, la paralysie disparut progressivement, et la parole revint tout à fait. Mais l'engourdissement de la région lombaire augmenta et s'étendit à la région hypogastrique du côté droit, puis à gauche, en même temps qu'il envahissait les jambes et les pieds. Cet engourdissement des membres inférieurs était accompagné de douleurs vives que le malade comparait à celles des brûlures. A la même époque, il est survenu une constipation opiniâtre avec rétention, et, bientôt après, avec incontinence d'urine. La progression devint difficile, les mouvements des membres abdominaux déterminaient une souffrance très-vive des régions lombaires et hypogastriques; les membres malades étaient quelquefois agités de mouvements involontaires et de tremblements; émissions sanguines locales, cathétérisme. Tous ces symptômes ont suivi une marche extrêmement lente; le malade éprouvait parfois une amélioration progressive, à laquelle succédait bientôt une nouvelle recrudescence dans la maladie. Après de nombreuses oscillations en pis et en mieux, les phénomènes morbides se sont presque dissipés, en laissant M. X... dans un état voisin de la santé.

Au mois d'août 1842, récidive des accidents syphilitiques, et en même temps de la paraplégie. A cette époque, M. le docteur Dumotel, observa le malade, qu'il trouva dans l'état suivant : constitution générale détériorée, maigreur, faiblesse très-prononcée; tubercules ulcérés de la face, des poignets, du voile du palais et de la luette, pustules d'ecthyma aux deux jambes; facultés intellectuelles intactes; pouls lent et faible : cinquante-quatre à cinquante-six pulsations par minute; respiration normale, inappétence, constipation opiniâtre, impuissance des organes génitaux, sensibilité douloureuse dans les lombes et à l'hypogastre, mouvements involontaires des membres inférieurs, progression très-difficile : le malade ne peut exécuter les mouvements de flexion et d'extension sans éprouver des tiraillements douloureux dans les masses musculaires; la marche s'exécute par des mouvements latéraux alternatifs du tronc, pendant que les pieds décrivent dans le même sens des arcs de cercle, sans quitter le sol. Roideur de

la région lombaire; sensibilité tactile affaiblie, et abaissement de la température, appréciable à la main de l'observateur, dans les membres malades, qui sont de temps à autre le siége de fourmillements spontanés douloureux.

Un traitement mixte fut institué (mercure et iodure de potassium). Après trois mois de durée, il amena une amélioration notable dans la paraplégie et dans toutes les autres manifestations diathésiques concomitantes. Mais l'année suivante X... eut une seconde rechute, caractérisée par les mêmes phénomènes paralytiques du côté des membres inférieurs. Le même traitement fut ordonné et amena le même résultat. En effet, après avoir été soumis, pendant quatre mois, à l'usage de l'iodure de potassium et des préparations mercurielles, M. X... fut tellement amélioré, qu'il pouvait marcher en s'aidant d'une canne, tandis qu'auparavant il était condamné à une immobilité complète. L'excrétion urinaire se faisait assez bien, quoique lentement et avec un faible jet; il n'y avait plus de constipation, plus de douleurs aiguës; mais, dans la station droite, il y avait encore un peu de tremblement des genoux; la plante des pieds éprouvait encore une sensation d'épaisseur insolite lorsqu'elle touchait le sol, et parfois le malade éprouvait un sentiment de constriction abdominale, au niveau des dernières côtes.

Réflexions. — Les antécédents de ce malade, les manifestations incontestablement syphilitiques, coïncidant avec la paraplégie, l'amélioration notable de cette dernière, sous l'influence du traitement antisyphilitique, en même temps que les symptômes apparents de la diathèse avaient complétement disparu, sont autant de preuves plausibles en faveur d'un diagnostic rationnel qui rattache la paraplégie à la syphilis constitutionnelle. La reproduction des mêmes accidents, quelques mois après la cessation du traitement, et leur amélioration de nouveau, grâce à l'intervention des mêmes moyens médicamenteux, corroborent encore cette opinion. Peut-on supposer, d'après certains phénomènes signalés dans cette observation

(douleurs aiguës des lombes, de l'abdomen et des membres inférieurs, avec mouvements ataxiques, involontaires de ces derniers) que les méninges rachidiennes étaient, chez ce malade, plus spécialement affectées?

Quoi qu'il en soit, et malgré la tendance de la syphilis à atteindre le système fibreux de l'économie, aucune autopsie n'a révélé, jusqu'à présent, une lésion semblable des méninges rachidiennes, sous l'influence de la vérole. Virchow cite un exemple d'exostoses vertébrales accompagnées d'épaississement de la dure-mère spinale. Cependant, ainsi que le fait remarquer l'auteur, ce cas paraît complexe et le rôle de la syphilis n'y est pas nettement établi (1).

Faudrait-il soupçonner, par analogie, chez ce malade, que des dépôts plastiques, pareils aux gommes de la peau et du voile du palais, effectués sur le trajet de la moelle épinière, en avaient entravé les fonctions et donné naissance à la paraplégie?

Quant à l'argument spécieux que l'on pourrait tirer de la guérison incomplète de M. X... contre l'avis que nous émettons ici, que la paraplégie était sous la dépendance de la syphilis; nous avons déjà dit, dans nos généralités, qu'une lésion matérielle, entravant les fonctions du système nerveux, paraît, dans certains cas, modifier la structure de la moelle de manière que, même après la guérison de tous les accidents syphilitiques, la moelle épinière ne puisse recouvrer l'intégrité de son pouvoir sensitif ou moteur, dans la partie située au-dessous de la lésion présumée.

OBSERVATION XXXVII. — *Paraplégie.* — *Céphalées nocturnes intenses.* — *Assoupissement invincible.* — *Troubles de l intel-*

(1) *La Syphilis constitutionnelle,* trad. du docteur Picard, p. 131.

ligence, chez un malade atteint de diathèse syphilitique.— Guérison par l'iodure de potassium.

M. X... âgé de 50 ans, d'une bonne constitution et d'une excellente santé antérieure, ne présentant, du côté de sa famille, rien qui ait de la relation avec son état actuel, entre à la Maison de santé de la rue de Lourcine, en octobre 1848.

Au mois de juillet, il eut, sur le prépuce, un chancre qui s'est propagé à la partie correspondante de la couronne du gland. X... s'adressa à un charlatan qui lui fit prendre du vin de salsepareille, et qui pansa l'ulcération avec une poudre rouge mercurielle, au dire du malade (deutoxyde de mercure?).

Ce traitement fut suivi pendant vingt jours, après quoi, le chancre se cicatrisa. Environ trois semaines après, il survint de la rougeur et de la douleur à l'isthme du gosier, des plaques muqueuses à la bouche, des ulcérations à la verge, et, quelques jours plus tard, il se développa une éruption cutanée, siégeant surtout sur les bras et les épaules; c'étaient des boutons qui se couvraient de croûtes adhérentes à la peau. Le traitement ci-dessus indiqué fut repris et continué pendant deux semaines. Les accidents mentionnés se sont dissipés, mais pour revenir un mois plus tard. A cette époque et d'après les conseils d'un de ses amis, qui a souffert de la vérole, X... commença à prendre une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure, puis deux par jour. Dans la journée il prenait toujours deux cuillerées à bouche de vin de salsepareille. Dans l'espace de deux semaines les plaques muqueuses de la gorge ont disparu, ainsi que les maux de tête nocturnes, dont le malade était tourmenté; il suspendit alors son traitement.

Trois semaines après, et sans qu'aucun autre symptôme l'ait informé de l'imminence de la maladie, X... est pris, d'une manière brusque, d'*un assoupissement invincible*, sans maux de tête préalables; mais au bout de quelques jours, il survint des douleurs de tête nocturnes, intenses, avec insomnie presque complète. X... n'a eu ni perte de connaissance, ni paralysie, ni convulsions.

Voici dans quel état il se trouve au moment de son entrée à l'établissement de la rue de Lourcine. Il y a six semaines que le malade est en proie à des douleurs céphalalgiques nocturnes,

et six mois depuis l'apparition de son chancre. X... a été saigné et purgé. On lui a appliqué des sangsues au front. Tous ces moyens n'ont amené aucune espèce de soulagement. On voit une cicatrice difforme à l'endroit où siégeait le chancre; X... porte, sur le tronc et sur les membres, un grand nombre de taches brunes, cuivrées, semblables à celles que laisse l'ecthyma syphilitique; l'examen ne fait constater, chez lui, aucun autre symptôme physique; il accuse toujours ses douleurs frontales, nocturnes, qui produisent une insomnie opiniâtre. La vue est un peu troublée, le travail intellectuel difficile; cependant la mémoire ne paraît pas altérée; en outre, le malade éprouve un affaiblissement notable dans la motilité des membres pelviens; la jambe gauche surtout est traînante, et le malade marche avec difficulté. La *sensibilité est partout conservée*, la colonne vertébrale n'offre rien d'appréciable à l'exploration; l'appétit est conservé; d'une manière générale le malade est affaibli. X.., fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, à la dose de 2 et successivement, de 3 et 4 grammes par jour. L'amélioration de son état ne se fit pas longtemps attendre, et deux mois et demi après son admission à l'établissement, il en sortit complètement guéri.

Réflexions. — Ce qui nous frappe tout d'abord chez ce malade, c'est la rapidité avec laquelle se sont développés les phénomènes paralytiques : en effet, six mois à peine étaient écoulés, depuis l'apparition du chancre, lorsque M. X... entra à la Maison de Lourcine et néanmoins la paralysie était déjà assez prononcée. C'est là une exception que nous devons faire remarquer. Car, ainsi que je l'ai déjà dit, la paraplégie est ordinairement un accident tardif de la syphilis. Ce qu'il importe aussi de noter c'est qu'un traitement mercuriel, fort incomplet d'ailleurs, n'a pu entraver la marche rapide des manifestations syphilitiques, du côté du système nerveux. Quelle diversité dans les résultats de la médication hydrargyrique! Chez tel malade un traitement spécifique

de quelques jours suffit pour éloigner, pendant plusieurs années, les expressions diathésiques de la syphilis; chez tel autre il y a, malgré le mercure, succession, enchaînement rapide de manifestations de plus en plus graves, de manière que, dans l'espace de quelques mois, la maladie atteint les organes profonds, qu'elle respectera à tout jamais chez un troisième. Vu les symptômes cérébraux constatés chez ce malade (céphalées intenses, troubles du côté de la vue, incapacité au travail intellectuel, etc.), il est rationnel de soupçonner que la paralysie des membres pelviens tenait plutôt à une lésion encéphalique qu'à une affection spinale. Quoi qu'il en soit, l'iodure de potassium s'est bien rapidement rendu maître de tous les phénomènes morbides.

OBSERVATION XXXVIII. — *Paraplégie syphilitique avec lichen. — Iodure de potassium et mercure. — Guérison.*

M. X... est âgé de 35 ans. Il y a huit ans, il eut un chancre qui ne fut pas suivi d'accidents consécutifs.

Il y a cinq ans, nouveau chancre, et, un mois après, mal à la gorge. Ces accidents ont été traités par des préparations mercurielles.

Il y a quatre ans, uréthrite qui ne fut suivie ni d'épididymite, ni d'arthrite blennorrhagique; pas de douleurs dans le rachis à cette époque.

Il y a deux ans et demi que la paraplégie actuelle a débuté. Les jambes ont commencé d'abord à mollir; les extrémités antérieures des pieds rencontraient les saillies des marches d'escalier, dans l'ascension; à la descente, les jambes s'entre-croisaient à la manière des deux branches d'un X. Peu après, sensation de ceinture abdominale rigide; puis ralentissement et difficulté de la miction, remplacés bientôt par de l'incontinence. La constipation devint habituelle chez M. X... Ces accidents ont été croissants pendant les six premiers mois. Une saison d'Aix parut les amender un peu, mais d'une manière passagère.

Seconde saison d'Aix et consécutivement amélioration sensible, mais très-éphémère.

Au moment de son entrée à la Maison de santé de la rue de Lourcine (avril 1856), il était dans l'état suivant : paralysie presque complète du membre abdominal droit ; les adducteurs fémoraux et les fléchisseurs des orteils conservent seuls un peu d'action. Au membre correspondant gauche, le mouvement est seulement un peu affaibli; ce membre paraît plus lourd qu'à l'état normal. La sensibilité au contact est conservée des deux côtés ; elle est même un peu exaltée à droite. Le malade prétend avoir presque perdu de ce côté, il y a huit mois, la sensibilité de température ; des deux côtés la température paraît égale lorsqu'on explore ces parties comparativement. Mictions toujours fréquentes, l'urine ne pouvant être retenue que fort peu de temps. Elle est catarrhale. Le malade a de la constipation. La pression exercée sur toute l'étendue du rachis ne détermine aucune douleur. Le malade présente en même temps une éruption pustuleuse (acné à base furonculeuse) et du lichen. Il éprouve souvent des secousses dans les membres pelviens.

Traitement institué par M. Ricord. — 2 grammes d'iodure de potassium par jour; frictions mercurielles le long du rachis, avec 6 grammes d'onguent napolitain, tous les deux jours.

L'amélioration a commencé au bout d'un mois ; la dose de l'iodure fut portée jusqu'à 4 grammes par jour. Après trois mois de séjour dans l'établissement, pendant lesquels le traitement fut continué avec la plus grande régularité, le malade en sortit complétement guéri.

Réflexions. — Ce malade eut deux fois des chancres, dans un intervalle de trois ans; néanmoins il nous semble presque certain que c'est la seconde ulcération qui a infecté l'économie. En effet le premier chancre ne fut point traité par les mercuriaux qui, comme l'on sait, ont pour résultat d'éloigner l'explosion des accidents constitutionnels. Or, la maladie étant ainsi abandonnée à elle-même, les manifestations diathésiques n'auraient pas tardé à paraître, et l'expérience nous enseigne que la

durée habituelle de l'incubation de la diathèse est, en moyenne, de deux à trois mois. A l'apparition du second chancre, au contraire, le malade fut soumis à une médication mercurielle qui a entravé la succession normale des phénomènes de la diathèse ; et telle fut l'influence de ce traitement, dont la durée exacte nous est inconnue, que ce n'est que deux ans après, que les symptômes de syphilis constitutionnelle se sont déclarés chez ce malade. Le mal de gorge, qu'il a éprouvé, un mois environ après l'apparition du chancre, est beaucoup trop vaguement indiqué pour que l'on soit autorisé à l'attribuer, d'une manière certaine, à la syphilis. Nous ferons en outre remarquer que le début de la paraplégie eut lieu deux ans et demi après l'accident primitif, que sa marche a été bien lente et que, malgré la non-intervention de la médication spécifique, une amélioration assez notable s'est effectuée, sous l'influence des sulfureux. Ce sont là, il nous semble, des phénomènes habituels de la paraplégie syphilitique, savoir : de survenir longtemps après l'infection, d'avoir une marche excessivement lente, avec des oscillations d'amendement et d'aggravation, et enfin de ne devenir complète que fort rarement. Chez ce malade, éruptions syphilitiques et phénomènes de paralysie, tout a parfaitement cédé aux spécifiques.

Observation XXXIX.—*Gommes.*—*Rupia.*—*Paraplégie.*—*Mort.*

Une femme, âgé de 56 ans, d'une puissante complexion et qui avait mené, pendant sa jeunesse, une existence peu régulière, se maria pour la seconde fois à l'âge de 49 ans. A partir de ce moment elle présenta quelques-uns des signes qui annoncent l'âge critique; puis, quelque temps après, elle devint sujette à une éruption de petites tumeurs sous-cutanées, indolentes, qui se montrèrent d'abord à la hanche, aux fesses, sur la partie postérieure des cuisses, interne et externe des

jambes, quelques-uns même aux bras, dans la région deltoïdienne. Ces petites tumeurs, d'abord incolores et mobiles sous la peau, lui ont adhéré plus tard; elles se sont ramollies; elles ont bruni et suppuré, en même temps que la peau s'ulcérait d'une manière assez régulièrement circulaire et dans une étendue assez constante de 2 à 3 centimètres de diamètre. C'était bien là la marche des tumeurs gommeuses, ou des tubercules syphilitiques; mais il était impossible d'obtenir de la malade des renseignements assez sincères ou assez exacts pour avoir à cet égard une certitude et pour rattacher ces accidents à une évolution régulière de la syphilis. Des éruptions du même genre se reproduisirent, à diverses reprises, dans une période de huit ans. Les ulcérations, se montrant de moins en moins nombreuses, entamaient une étendue de tissus de plus en plus large et profonde et se recouvraient parfois de croûtes épaisses (rupia), sous lesquelles l'ulcération couvait encore, croûtes dont la chute était suivie de nouvelles stratifications. D'autres fois ces ulcérations finissaient par se cicatriser; mais elles laissaient après elles du tissu inodulaire avec dépression des cicatrices; caractères qui sont bien ceux des accidents tardifs de la syphilis. A l'âge de 56, ans cette femme commença à éprouver des fourmillements douloureux dans les cuisses et les jambes, puis un affaiblissement des mouvements, en même temps qu'une diminution de la sensibilité tactile. Enfin il survint une paraplégie complète, avec rétention des matières fécales et impossibilité de retenir l'urine, dès que le besoin de la miction se faisait sentir. Quelquefois même un accès de toux, un mouvement du tronc, suffisaient pour déterminer la sortie involontaire de l'urine. Pendant les six dernières années de sa vie, la malade ne quitta pas, la moitié du temps, son fauteuil. Affectée vers les derniers temps d'une incontinence absolue d'urine, elle succomba, âgée de 62 ans, aux progrès d'une escarre gangréneuse du sacrum. La fréquence du pouls chez la malade fut constamment au-dessous de la moyenne, il était régulier et lent; 58 à 60 pulsations par minute.

Cette observation, fort incomplète d'ailleurs, m'a paru très-intéressante et digne d'être rapportée ici, pour faire

voir combien il est difficile, notamment chez les femmes, de remonter à l'origine de l'infection syphilitique ; et non-seulement à l'accident primitif, mais au début de la diathèse elle-même. Aussi n'est-il pas de toute nécessité d'arriver à la découverte des premiers symptômes et à leur succession progressive, lorsque les phénomènes présentés par les malades offrent le cachet spécial de la syphilis, comme chez la femme en question. Tout fait présumer ici que la paralysie de la moitié inférieure du corps a dû être déterminée par la syphilis constitutionnelle ; cependant il est à regretter que le traitement spécifique n'ait été expérimenté, et que la nécropsie n'ait pas permis de rechercher le mécanisme et la cause immédiate de la paraplégie. Il est donc impossible de s'arrêter avec certitude à un diagnostic positif. Tout au plus, par voie d'analogie, peut-on concevoir des soupçons fondés sur la nature syphilitique de cette paraplégie.

Observation XL. — *Syphilis constitutionnelle. — Hémiplégie, puis paraplégie. — Mercure et iodure de potassium. — Guérison.*

M. G..., âgé de 30 ans, d'une bonne constitution, est issu d'une mère bien portante et d'un père qui est mort hémiplégique, à l'âge de 58 ans, à la suite d'une seconde attaque d'apoplexie. Il y a dix-huit mois, M. G... a contracté un chancre siégeant à la verge. Ce chancre s'est induré, au dire du malade ; deux mois après environ, il a eu des macules (roséole syphilitique) accompagnées d'alopécie et d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs. Ces accidents, sauf l'engorgement des ganglions, ont disparu sous l'influence d'un traitement mercuriel, que le malade n'a pu continuer régulièrement, à cause de sa position sociale et de ses affaires. Quatorze mois après l'accident initial et à la suite de travaux de cabinet assidus, il a été pris d'une paralysie de la septième paire du côté droit, sans prodromes de céphalalgie, d'étourdissements

ou de perte de connaissance. Une hémiplégie complète du côté droit a fait suite à l'hémiplégie faciale, qui était alors un peu amendée, mais qui n'avait pas complétement disparu. Enfin, quelques semaines après, le membre abdominal gauche devint lourd, en même temps qu'il perdait de sa sensibilité. Le rectum était paresseux. Les phénomènes de paralysie devinrent prédominants : le malade pouvait à peine se tenir debout avec l'appui d'une canne ; il éprouvait, à la plante des pieds, surtout du côté droit, la sensation d'un corps épais, placé entre elle et le sol, puis un sentiment de constriction abdominale, au niveau des dernières côtes et dans leur direction (paralysie des derniers nerfs intercostaux). Il avait à cette époque de nouveaux accidents syphilitiques (psoriasis plantaire et palmaire); l'engorgement des ganglions cervicaux persistait, quoique moins prononcé qu'au début. La constipation était très-opiniâtre ; la température des membres inférieurs semblait au malade très-abaissée, quoique l'observation ne permît pas d'apprécier ce fait. Les fonctions de la vessie étaient presque intactes ; la miction seulement devint plus difficile que d'habitude. Le malade, peu adonné aux femmes, ne pouvait faire de différence entre son état actuel et son état précédent, quant à la fréquence des érections, à leur durée et à leur force.

Dix semaines d'un traitement mixte, par l'iodure de potassium et le proto-iodure de mercure, qu'ordonna le docteur Dumotel, avec l'aide de quelques cautères volants sur les lombes, et de quelques frictions stimulantes sur les membres inférieurs, ont suffi pour amener une amélioration si considérable que le malade, presque guéri, a désiré quitter Paris et retourner dans son pays; où il a repris ses affaires, tout en continuant son traitement. La constipation fut combattue efficacement par des préparations aloétiques.

Réflexions. — Quelque valeur qu'on veuille accorder aux antécédents héréditaires de ce malade, la manière dont se produisirent les phénomènes paralytiques et leur coïncidence avec une infection syphilitique non douteuse, ne permettent guère d'hésiter sur la nature de cette paraplégie. Pour appuyer d'ailleurs cette manière

de voir, on trouve, dans cette observation, une donnée qui, d'ailleurs, n'a pas toujours une valeur absolue ; je veux parler de l'influence si rapidement favorable du traitement mixte (iodure de potassium et proto-iodure de mercure). C'est bien évidemment à ces agents médicamenteux qu'il faut rapporter la guérison ; car la paralysie n'a pas été moins promptement guérie que les diverses manifestations syphilitiques cutanées, dont nous avons parlé.

Observation XLI. — *Syphilis constitutionnelle. — Paraplégie.*

M. X..., âgé de 38 ans et d'une constitution robuste, est issu de parents sains. Il y a cinq ou six ans, il eut une arthrite rhumatismale, goutteuse, des doigts (?).

En 1847, il contracta un chancre induré de la verge, pour lequel il fut soumis à un traitement mercuriel, mais d'une manière très-irrégulière et incomplète. Huit mois après, il apparut une syphilide exanthématique. Nouveau traitement mercuriel. En 1848, diplopie qui disparaît spontanément en peu de temps. Au mois de novembre de la même année, premiers symptômes de paralysie : érections difficiles, rares, et plus tard impossibles ; dysurie, faiblesse des jambes. Une saison à Baréges amena, dans l'état de M. X..., une amélioration prononcée, mais de courte durée. Le malade, peu continent, revint bientôt à d'anciennes habitudes dont nous parlerons plus bas, et cela malgré la difficulté qu'il éprouvait encore à marcher. En 1850, il entre à la Maison de santé de la rue de Lourcine dans l'état suivant : paraplégie incomplète, qui affectait plus particulièrement la jambe droite ; la progression était pénible sur les plans inclinés de haut en bas, et à plus forte raison X... éprouvait-il de la difficulté, lorsqu'il voulait descendre les escaliers. Le malade pouvait accomplir ces exercices seulement en prenant un point d'appui sur les rampes ou sur une canne. Par moments, dans la station, les jambes fléchissent subitement ; pendant la progression elles se rencontrent en X. Le pouls est sensiblement abaissé : il oscille entre 52 et 56. La sensibilité cutanée est à peu près normale des deux côtés,

ainsi que la température. Le malade ressent de temps en temps des fourmillements et des picotements douloureux, surtout dans la jambe gauche. La sensation de constriction abdominale est très-prononcée chez lui. Il est affecté d'incontinence d'urine : à peine est-il averti du besoin de la miction. Aussi lui arrive-t-il souvent d'uriner dans le lit ou dans ses pantalons. Le sphincter anal est aussi frappé d'inertie : quelquefois les garde-robes s'échappent sans l'intervention de la volonté; le plus souvent il y a constipation. Point d'érections.

Réflexions. — Depuis la fin de 1848, ce malade n'a présenté aucun symptôme évident de syphilis constitutionnelle. Cependant, si l'on tient compte de la filiation des accidents syphilitiques, de leur date et de l'époque à à laquelle ont apparu les premiers signes de paralysie chez lui, il est rationnel de considérer celle-ci comme la conséquence de la vérole; la manière dont se sont développés les accidents de paralysie et l'absence de douleurs ostéocopes permettraient de supposer qu'un point de l'axe cérébro-spinal est comprimé plutôt par une tumeur gommeuse que par une lésion du tissu osseux; si tant est qu'il existait chez ce malade une lésion anatomique. Toutefois ce diagnostic ne saurait être absolu, puisque l'élément rhumatismal, qui a été constaté, peut aussi être invoqué comme ayant contribué au développement de l'affection paralytique. Il est d'ailleurs une autre circonstance à laquelle il a été fait allusion plus haut, et qui est ici d'un grand poids.

M. X... eut, de son propre aveu, depuis plusieurs années des rapports sexuels répétés jusqu'à *cinquante fois par semaine*. Il met, du reste, dans ses plaisirs, une sorte de régularité méthodique : après chaque semaine ainsi employée, il en passe une autre consacrée exclusivement à la chasse, dans les bois ou dans les marais.

Traitement. — Trois verres de tisane de bourrache par jour;

on mettra dans chacun une cuillerée à bouche du sirop suivant : sirop des 5 racines, 500 gram., iodure de potassium, 30 gram., teinture de colchique, 15 gram. Tous les huit jours, au matin, 4 pilules écossaises ; tous les deux jours, onctions, sur la colonne vertébrale, avec 4 grammes d'onguent mercuriel double; les trois jours intermédiaires, un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, étendu des jambes au sacrum. Ce traitement fut suivi pendant un mois, pendant lequel on a appliqué aussi trois fois des ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale. Plus tard, on a prescritdes fumigations cinabrées (avec 8 gram. de cinabre chaque fois) et des bains de Baréges. Ce traitement fut continué du 14 avril au 12 août. Il a produit la cessation de l'incontinence d'urine, la disparition des fourmillements douloureux, l'affermissement des jambes à un tel point, que le malade, chasseur passionné, quitta la Maison de santé pour rentrer chez lui et aller chasser. Cinq semaines après sa sortie, l'amélioration, qu'il présentait à son départ, se maintenait.

M. Hillairet, médecin à l'hôpital Saint-Louis, a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, le 27 juin 1860, le fait suivant :

Résumé. — Un homme, qui eut la syphilis à 22 ans, et qui futs oigné par M. Ricord pendant huit mois, paraissait en être guéri. A 25 ans, il se maria et eut un enfant chétif, qui mourut peu après la naissance. A 32 ans, il eut des étourdissements, des névralgies occipitales, et plus tard des vertiges et des vomissements. Puis un jour il survint un tremblement dans les membres inférieurs ; après quoi X... s'affaissa subitement et resta pendant trois quarts d'heure sans connaissance. Yeux égarés, convulsés. Pas de paralysie.

Quinze jours après, il se leva du lit. Les jambes étaient faibles; fourmillements généraux. Huit mois environ avant la communication de M. Hillairet, et après une longue course, il éprouva une grande faiblesse dans les membres inférieurs et de l'embarras dans la parole. Persistance des phénomènes, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation; et, six mois après, vomissements incoercibles. Lorsqu'il entra dans

le service de M. Hillairet, à Saint-Louis, il avait des douleurs de tête passagères, sans siége précis; déviation des traits à droite, chute de la paupière supérieure gauche, pupille de ce côté un peu dilatée, diplopie. Vue physiologique. Parfois la parole est embarrassée. Celle-ci est plus libre pendant les deux heures qui suivent le repas. Intelligence conservée; mémoire un peu affaiblie; sensibilité cutanée conservée partout. Station difficile et vacillante; le malade tomberait s'il n'était soutenu. Pendant la marche, les mouvements ne sont pas coordonnés; X... marche comme un homme ivre, et en zigzag. Lorsqu'il marche, soutenu sous les bras, il se porte le plus habituellement à gauche. Constipation. S'il ferme les yeux, étant debout, il perd immédiatement l'équilibre et s'affaisse.

A cause de la station difficile, de la conservation de la motilité des membres inférieurs, coïncidant avec un défaut de coordination, avec des vomissements et de la céphalalgie occipitale, M. le docteur Hillairet pensa à une affection du cervelet. A cause de la surdité gauche, de la paralysie faciale, et plus tard de celle de la paupière supérieure, il diagnostiqua une tumeur à développement progressif qui, après avoir comprimé le cervelet, parvint à comprimer également les nerfs de la septième et de la huitième paire; finalement, à cause des antécédents du malade, il soupçonna l'existence d'une tumeur syphilitique. Le malade fut soumis, par ce praticien distingué, au traitement mercuriel. Il commença par le calomel à dose fractionnée. Ce médicament convient, selon M. le docteur Hillairet, aux lésions syphilitiques du système nerveux, accompagnées ordinairement d'un peu de congestion. Il agit comme révulsif et comme spécifique. Au bout de quelques jours de médication, amélioration sensible : la bouche est moins déviée, la paupière supérieure plus mobile, les membres inférieurs plus forts, la démarche plus facile, quoique toujours chancelante; les pilules de Sédillot furent ordonnées plus tard. Un mois après l'institution de ce dernier traitement, le malade, présenté à la Société médicale des hôpitaux, se tenait très-bien debout; il marchait d'une manière régulière; l'ouïe était revenue à l'état normal; la paralysie faciale était dissipée. Malgré cette amélioration si grande, M. Hillairet fit encore continuer le traitement mercuriel, auquel il ajouta l'io-

dure de potassium, pendant plusieurs mois, pour prévenir le retour de nouveaux accidents.

Dans une note, que cet excellent maître a bien voulu nous communiquer, et qui fut prise le 1[er] juillet 1861, il est dit que depuis la sortie du malade de l'hôpital, le mieux s'est toujours maintenu. X... vit de la vie commune; il a repris ses occupations commerciales; il marche d'une manière très-assurée et comme s'il n'avait jamais rien eu du côté des membres inférieurs. Plus de céphalalgie, ni de fourmillements, ni de strabisme convergent; plus de trace de paralysie faciale. M. le docteur Hillairet lui conseilla de continuer à prendre, pendant plusieurs années et de temps en temps, durant six semaines, des pilules de Sédillot et de l'iodure de potassium; puis de suspendre ce traitement pendant deux ou trois mois, le reprendre plus tard et ainsi de suite.

Section V. — De quelques troubles de la sensibilité et de la motilité, bornés à un seul membre et consécutifs à la compression des troncs nerveux, par des tumeurs syphilitiques.

Nous avons réuni, dans ce chapitre, six observations, dont les sujets offrent des exemples de diminution de la motilité ou de la sensibilité et quelquefois de l'une et de l'autre en même temps, dans un seul membre, voire même dans une partie plus limitée du corps. Chez trois de nos malades, des tumeurs gommeuses d'un fort volume comprimaient le nerf cubital ou le radial et déterminaient ainsi, des troubles nerveux plus ou moins prononcés, dans les parties où ces nerfs vont se distribuer. Chez la femme Collard, il y avait, en outre, des douleurs névralgiques nocturnes, très-violentes, aussitôt que le membre était réchauffé. Enfin quelquefois les doigts et même le membre tout entier, étaient agités de mouvements spasmodiques répétés. L'activité musculaire était parfois tellement affaiblie, que le malade pouvait à peine se servir de sa main.

Chez l'un des malades, un épanchement plastique du biceps, englobant les nerfs du membre thoracique et surtout le cubital, avait déterminé une rétraction et un engourdissement du membre, en même temps qu'une paralysie incomplète des deux derniers doigts.

Chez un autre malade, nous voyons le membre pelvien gauche seul, incomplétement paralysé. Chez ce sujet aucun phénomène ne permettait de penser à une lésion de la moelle épinière. Y aurait-il existé une tumeur comprimant le nerf sciatique dans une partie de son trajet? Dans ce cas le malade aurait éprouvé, probablement, des douleurs névralgiques dans le membre affecté. Le nerf sciatique étant un nerf mixte, sa compression, dans une partie de son étendue, par une tumeur quelconque, provoque habituellement des douleurs, ainsi que nous l'avons observé chez le malade dont l'observation porte le n° XXXIV.

Chez le malade de M. Debout, il n'y avait pas non plus de tumeur appréciable à l'exploration. On ne pouvait que soupçonner une telle lésion, par l'existence de la paralysie d'un seul membre, lorsque la moelle épinière n'offrait aucun signe de maladie. La guérison, rapidement obtenue par l'emploi de l'iodure de potassium, sanctionna ce diagnostic rationnel.

Observation XLII. — *Plusieurs maladies vénériennes antérieures. — Tumeurs gommeuses guéries en 1847. — En 1858, tumeurs gommeuses du bras et du coude; compression du nerf cubital; douleurs et engourdissement sur le trajet de ce nerf, jusqu'aux deux derniers doigts, qui sont plus faibles que ceux du côté opposé. — Guérison par l'iodure de potassium.*

Le nommé Gatoux, âgé de 60 ans, journalier, de bonne constitution, entre à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, salle 1re, lit n° 19, le 15 avril 1858.

En 1822, il eut un chancre avec adénite suppurée, à droite. En 1824, le malade, étant militaire, eut de nouveaux chancres. Il entra à l'hôpital du Gros-Caillou, où il fut traité par des frictions mercurielles; on ne sait, ni à quelle dose fut employé le mercure, ni pendant combien de temps. En 1827, il rentra de nouveau au Gros-Caillou, pour un chancre du fourreau, pour lequel il ne fit que des pansements simples. En 1835, il eut une blennorrhagie cordée et des chancres multiples de la couronne du gland. Traitement par les mercuriaux. En 1838, il eut une éruption générale sur tout le corps, sans démangeaison, avec des croûtes dans les cheveux, qui tombaient abondamment; il ne subit aucun traitement. En 1847, il entra dans le service de Vidal, de Cassis, à l'hôpital du Midi, où l'on diagnostiqua des tumeurs gommeuses suppurées de la région sus-épineuse de l'épaule droite, et de la partie antérieure du quatrième espace intercostal. G... fut soumis, pendant trois mois entiers, à l'iodure de potassium. Il sortit de l'hôpital après la disparition complète des manifestations syphilitiques. Au mois de janvier 1858, sans aucune douleur préalable, il s'aperçut, fortuitement, d'une tumeur complétement indolente, siégeant au bord interne de l'avant-bras droit. Un mois après, il remarqua une autre tumeur, également indolente, située sur le bras droit, près du bord interne du biceps. Quelque temps après avoir remarqué ces tumeurs, il éprouva, et d'une manière constante, un engourdissement très-prononcé dans l'avant-bras, s'étendant jusqu'au doigt auriculaire. Au moment de son entrée à l'hôpital du Midi (15 avril 1858), il porte la cicatrice du chancre du fourreau; les cicatrices des tumeurs gommeuses, qui ont existé à l'épaule et à la poitrine, de nombreuses macules cuivrés au dos. Au côté interne du coude droit, on trouve une tumeur adhérente à la peau, qui conserve ses caractères normaux. Cette tumeur s'étend supérieurement jusqu'à 2 centimètres environ au-dessus de l'épitrochlée, qu'elle dépasse inférieurement de 1 centimètre. Elle n'est pas complétement mobile sur les parties profondes; elle s'attache, au contraire, à la charpente du membre. Elle est renitente, indolente au toucher, quand on la presse transversalement; mais, si on y détermine une pression, en l'appuyant sur le bord interne de l'humérus, on

provoque des douleurs et des engourdissements, qui s'irradient vers l'avant-bras, à son côté interne et jusqu'aux deux derniers doigts (auriculaire et annulaire), en suivant ainsi manifestement le trajet du nerf cubital. La force de ces deux doigts a beaucoup diminué; le malade peut à peine s'en servir. Quelquefois des douleurs, semblables à celles causées par la pression, se manifestent spontanément. L'engourdissement, quoique à un moindre degré, existe d'une manière permanente depuis longtemps, ainsi que nous l'avons déjà noté. Au tiers supérieur du bras droit, en dedans du bord interne du biceps, il existe une autre tumeur, mobile sous la peau et sur les parties profondes, dure, du volume d'un gros œuf de pigeon, et indolente, soit à la pression, soit spontanément.

Enfin ce malade n'éprouve ni céphalalgie, ni douleurs ostéocopes. Il ne présente aucun autre symptôme morbide, pouvant être rattaché à la syphilis ou à une autre affection.

M. Ricord diagnostique la présence de tumeurs gommeuses, et prescrit 2 grammes d'iodure de potassium par jour, ainsi que l'application locale de la teinture d'iode pure, deux fois par jour. Dix jours après l'admission du malade à l'hôpital, les accidents nerveux ont complétement disparu ; les tumeurs ont diminué de plus du tiers de leur volume.

Deux mois et demi de traitement ont suffi pour faire entièrement résorber les tumeurs; néanmoins il fut conseillé au malade de continuer l'iodure de potassium pendant deux autres mois.

Réflexions. — Nous devons d'abord faire remarquer, à propos de cette observation, la localisation de la diathèse syphilitique (s'il est permis de s'exprimer ainsi), qui ne donna la preuve de son existence que par une manifestation unique. C'est là un caractère fréquent de la diathèse syphilitique, lorsqu'elle est d'ancienne date. Ces tumeurs étaient accessibles aux sens ; aussi a-t-on pu les reconnaître facilement. Mais qu'on suppose, pour un instant, qu'elles se fussent développées dans l'encéphale,

et l'on verra de quelles difficultés, presque insurmontables, en serait entouré le diagnostic.

Les accidents nerveux, dont l'avant-bras et surtout les deux derniers doigts étaient le siége, s'expliquent très-aisément par la compression exercée sur les nerfs de ces parties par les gommes. La disparition de ces phénomènes, en même temps que les tumeurs se sont résorbées, nous fournit une preuve convaincante de cette relation de cause à effet. Enfin, sans parler de la médication spécifique, instituée à l'hôpital militaire, et dont les détails nous manquent, ce malade subit, dix ans plus tard, un traitement complet dans le service de Vidal. Malgré ce nouveau traitement, 11 ans après, il y eut réapparition de tumeurs gommeuses, qui ont de nouveau disparu par la médication iodée. Voilà donc deux récidives, après une longue période de guérison apparente; cependant la diathèse persistait à l'état de puissance, prête à éclater à la première occasion. Rien donc ne permet d'espérer que ce malade sera, à l'avenir, à l'abri de nouveaux accidents.

Observation XLIII. — *Tumeurs gommeuses de l'avant-bras et du bras gauche. Épanchement plastique dans le deltoïde; compression de plusieurs cordons nerveux; diminution de la motilité du membre; conservation de la sensibilité; douleurs nocturnes très-intenses sur le trajet des nerfs médian, cubital et circonflexe; perte du sens de l'activité musculaire. — Amélioration très-notable, après quelques jours de traitement par l'iodure de potassium.*

La nommée Collard, repasseuse, âgée de 28 ans, non mariée, entre à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, n° 35, service de M. Becquerel, le 24 décembre 1858. La menstruation, établie chez elle à 14 ans, a toujours été régulière. La malade jouit habituellement d'une bonne santé. Il y a deux ans et demi, elle

fit une fausse couche, au cinquième mois de la grossesse. L'avortement ne fut précédé, ni d'hémorrhagie, ni de douleurs, en un mot, d'aucune cause appréciable. La mère se portait très-bien à cette époque; l'enfant était mort plusieurs jours avant son expulsion et se trouvait dans un état de putréfaction assez avancée. Collard nous assure n'avoir jamais eu d'accident vénérien ; elle n'aurait jamais eu ni chancre, ni écoulement, ni douleurs arthralgiques ou autres pouvant se rattacher à la syphilis ; pas d'alopécie, pas de mal de gorge. Elle n'aurait jamais remarqué sur elle une éruption cutanée, pas plus que l'engorgement des ganglions lymphatiques d'une région quelconque. Quelquefois elle a eu des céphalalgies violentes, sur lesquelles elle ne donne que des renseignements incomplets. Enfin son amant n'aurait jamais eu d'affection vénérienne. Il y a trois mois qu'elle éprouva une douleur vive dans la direction du nerf sciatique droit, douleur qui céda à l'application de quelques vésicatoires.

Quelques jours plus tard, elle s'aperçut, par hasard, qu'elle portait une petite tumeur de la grandeur d'un pois, à la face antérieure et à la partie inférieure du radius gauche, à l'endroit où l'on explore le pouls. Cette tumeur, qui existe encore, était alors complétement indolente, immobile, non fluctuante et attachée à l'os, pour nous servir de son expression. La peau n'offrait aucune altération et n'adhérait nullement à la tumeur. Dans l'espace de quelques semaines, le volume de cette grosseur avait beaucoup augmenté. La malade éprouvait des engourdissements et une telle diminution dans la force de la main qu'elle ne pouvait soulever son fer à repasser. Un peu plus tard, elle eut des douleurs nocturnes, dans les os de l'avant-bras et dans l'épaule; lorsque ces douleurs étaient vives, elles se propageaient dans toute la longueur du membre, jusqu'à l'extrémité des doigts. Ces douleurs devinrent, au bout de quelque temps, tellement violentes, pendant la nuit, qu'elles l'empêchaient de dormir. C... quittait son lit et se promenait pendant plusieurs heures. Elle fit également la remarque que, pendant le jour, lorsqu'elle était *exposée à la chaleur de son fourneau, elle éprouvait les mêmes souffrances* et tout aussi violentes. On lui conseilla de s'envelopper le membre avec de la laine; mais elle souffrait telle-

ınt par la chaleur, qu'il lui fut impossible de suivre long-
ııps ce conseil. Au contraire, l'expérience lui avait appris de
lmer ses souffrances, en exposant à l'air son bras complète-
ıent nu.

Un mois environ après qu'elle eût remarqué la première
meur, C... s'aperçut d'une autre, située au-dessus de l'épitro-
ıléé du même côté (gauche) ; elle était immobile, adhérente
l'os et du volume d'une noisette. Elle grossit progressive-
ent et acquit, en quinze jours, le volume qu'elle présente au-
ırd'hui. Depuis quinze jours également, elle y ressent des
ıncements, dont la tumeur du radius n'a jamais été le siége.

État actuel (27 décembre 1858). A l'extrémité inférieure de
ıvant-bras gauche, en dehors du tendon du grand palmaire,
l'endroit où l'on explore le pouls, on trouve une tumeur
ılaire, appliquée sur l'os par sa face plane, tandis que par sa
ce convexe elle fait saillie sous la peau, non adhérente à la
ımeur. Les dimensions de la tumeur sont de deux centimètres
. demi de longueur, sur deux de largeur. Elle commence
ıın demi-centimètre au-dessus de l'articulation du poignet
. se prolonge obliquement, jusqu'au bord externe du radius.

Située en dehors du tendon du grand palmaire, ainsi que
ous l'avons dit, la tumeur semble en être séparée par une rai-
ıre assez profonde. Il y a lieu cependant de croire qu'elle
ısse au-dessous de ce tendon en lui adhérant. En effet, lors-
ıe la malade veut fléchir fortement la main sur l'avant-bras,
ə à quoi elle ne parvient qu'incomplétement, la tumeur est
ıulevée et portée manifestement en avant. En même temps
ne douleur assez vive se fait sentir dans son voisinage. Les
ıttements de l'artère radiale sont perçus au-dessus de la
ımeur ; ils sont semblables à ceux du côté opposé. Enfin cette
ımeur est rénitente, immobile, adhérente au radius. Elle
résente, à cause de sa rénitence, une fausse mobilité ; elle
'est pas douloureuse spontanément ; mais une pression,
ıême médiocre, y développe une douleur qui remonte jus-
u'à l'épaule et qui s'étend d'autre part jusqu'à la face anté-
ieure des trois premiers doigts, y comprise la moitié externe
e l'annulaire. Ainsi en décrivant le trajet de ses douleurs, la
ıalade nous indique avec la main la distribution finale du nerf
adial, dont le tronc passe (comme on le sait) à l'endroit même

où siége la tumeur. Fréquemment dans la nuit, parfois même dans la journée, la malade éprouve des douleurs d'irradiation, pareilles à celles que nous venons de déterminer, la tumeur elle-même restant indolente. Une seconde tumeur siége au côté interne et inférieur du bras du même côté, à un centimètre environ au-dessus de l'épitrochlée; elle est grosse comme un œuf de poule et ovoïde suivant le bord interne de l'humérus; par conséquent elle est située en dedans de l'artère humérale, dont elle est distante d'un centimètre et demi environ. Elle est parfaitement distincte du biceps; il est facile de lui imprimer des mouvements d'avant en arrière; mais si l'on embrasse la tumeur entre trois doigts, appliqués en dedans et en arrière (le long du bord interne de l'humérus), et le pouce posé à sa partie antérieure, on y sent un large pédicule, qui en mesure toute la hauteur. On acquiert alors la notion que cette tumeur, développée sur l'humérus ou sur son périoste, s'est réfléchie en avant, à mesure qu'elle augmentait de volume, mais qu'elle reste toujours adhérente à la charpente du bras. Enfin, cette tumeur est franchement fluctuante, depuis quinze jours ; elle était dure et rénitente auparavant. La pression y détermine des douleurs très-vives qui remontent, le long de la face interne du bras, jusqu'à l'aisselle et l'épaule, et descendent, en suivant le côté interne de l'avant-bras, jusqu'aux deux derniers doigts. A la face antéro-externe du deltoïde, on sent une augmentation de consistance et de volume du muscle ; la déformation est plus visible à distance si l'on compare les deux épaules. Il y a certainement un épanchement dans la substance du muscle. Quand on presse en dedans du deltoïde (là où se trouvent réunis tous les nerfs du membre thoracique), la malade éprouve des douleurs, qui retentissent dans le bras, l'avant-bras, la main et tous les doigts. Mais des douleurs bien plus intenses et que la malade accuse d'elle-même siégent au-dessous de la gouttière bicipitale de l'humérus, au niveau du col chirurgical de l'os ; à peine touche-t-on à cet endroit que C... ressent une douleur très-violente qui lui arrache des cris et qui contourne l'épaule en suivant le trajet du nerf circonflexe. La malade peut à peine serrer avec la main gauche; la faiblesse de cette main est telle qu'elle ne s'en sert point. Impossibilité d'élever le bras vers la tête (par

défaut de contraction du deltoïde). On ne peut même pas lui imprimer ce mouvement, sans occasionner de vives souffrances. Il lui est également impossible de porter le bras en arrière; mais elle peut le diriger, non sans difficulté, vers la partie antérieure de la poitrine. Les doigts sont très-mobiles et n'occasionnent aucune souffrance par leurs mouvements. Si l'on procède lentement, l'avant-bras peut être fléchi ; mais aussitôt qu'il a formé un angle aigu avec le bras, des douleurs vives s'opposent à ce que la flexion soit continuée. La sensibilité est conservée sur toute l'étendue du membre. Le membre thoracique droit est dans l'état normal. Nous fermons les yeux de la malade, puis nous mettons à plusieurs reprises le membre thoracique gauche dans diverses positions; jamais elle n'a conscience de la situation du membre. Si l'on répète l'expérience avec le membre du côté droit, elle nous dit de suite dans quelle attitude il se trouve.

Une ou deux fois dans la journée, C... éprouve un tel sentiment de lourdeur dans le membre affecté, qu'elle n'ose le remuer ; c'est là le prélule d'un accès de souffrance. Dans ces moments, elle prend son bras avec sa main droite et le place à côté du tronc, comme s'il était paralysé. Peu après, les douleurs commencent au niveau de la tumeur brachiale; elles contournent le coude, divergent vers la face interne du bras, aux faces antérieure et postérieure de l'avant-bras, de la main et des doigts ; enfin l'épaule elle-même n'en est point exempte ; au contraire, c'est dans cette région que C... dit souffrir avec le plus d'intensité. A ces douleurs, que la malade qualifie de crises, succèdent des engourdissements, parcourant tout le membre. La durée de ces crises est d'un quart d'heure, ou d'une demi-heure environ; elles sont plus fréquentes dans la nuit, époque à laquelle elles atteignent aussi leur maximum de violence. Elles se font sentir peu de temps après que la malade est dans son lit, et dès que le membre est un peu réchauffé ; elles sont en tout pareilles à celles que nous avons déterminées par la pression des tumeurs. Les douleurs surviennent avec une intensité telle qu'elles arrachent des cris et des larmes à la malade; aussi reste-t-elle levée et se promène-t-elle dans sa chambre presque toutes les nuits, jusqu'à l'aube du jour, époque à laquelle elle peut prendre un peu de

repos. Depuis son entrée à l'hôpital, elle souffre un peu moins, grâce à l'administration de 5 centigrammes d'extrait thébaïque, qu'on lui fait prendre le soir; mais, malgré le narcotique, son sommeil est interrompu par ces accès de douleurs, survenant une dixaine de fois par nuit. Lorsqu'elle est réveillée, par un accès de douleur, elle cherche le membre thoracique avec la main droite, pour se rendre compte de sa position. Pendant que nous prenions cette observation, nous avons remarqué quatre fois des spasmes des doigts et de la main. Ce sont de légers mouvements de flexion, rapidement répétés, puis disparaissant; les trois premiers doigts en sont plus fréquemment le siége. Au dire de la malade, ces spasmes surviennent assez souvent; quelquefois la main, le membre thoracique même tout entier est agité par des mouvements convulsifs.

Traitement. — Iodure de potassium, 1 gramme par jour. La dose du médicament fut portée successivement jusqu'à 2 et 3 grammes.

9 *janvier.* — Amélioration très-remarquable : les douleurs ont considérablement diminué; C... peut mouvoir son bras gauche, dans tous les sens, sans souffrir; les tumeurs de l'avant-bras et du bras se sont considérablement réduites.

11. — La malade quitte l'hôpital. La tumeur de l'avant-bras ne conserve que le quart du volume qu'elle offrait avant le traitement. Celle du bras n'est plus fluctuante et présente le volume d'une grosse noix. La pression n'y détermine que fort peu de douleurs. La malade n'a plus d'accès. Depuis deux jours, elle dort tranquillement. Elle peut exécuter sans peine tous les mouvements des doigts, de la main, et de l'avant-bras; il lui est cependant encore difficile de porter le bras vers la tête. La main gauche peut serrer les objets incomparablement mieux qu'elle ne pouvait le faire, au moment de l'admission de la malade à l'hôpital, en un mot, il existe une amélioration très-notable. C... se croit presque guérie, et refuse de prolonger son séjour dans les salles; elle suivra son traitement chez elle.

Réflexions. — Pour apprécier toute l'importance de cette observation, il faut en étudier attentivement tous

les détails. Nous ne ferons qu'insister rapidement sur les points les plus intéressants.

Il arrive très-souvent, notamment chez les femmes, qu'on ne puisse remonter jusqu'à l'origine de l'infection syphilitique. Fréquemment, soit par défaut d'attention, soit par mauvaise foi, les malades ne savent ou ne veulent dire, s'ils ont éprouvé des manifestations syphilitiques antérieures. Dans ces circonstances, l'accident, que le médecin constate, est parfois tellement éloquent et décisif par lui-même, qu'il rend nuls tous les renseignements fournis par le malade. L'observation qui précède se trouve dans ce cas ; ces tumeurs avaient tellement les caractères des tumeurs gommeuses, que le diagnostic s'y trouvait inscrit en caractères bien visibles. Du reste qu'on compare cette observation à celle qui précède et on sera frappé de la ressemblance, de la similitude parfaite de ces deux faits.

L'iodure de potassium, agissant avec tant de rapidité, a confirmé le diagnostic, en admettant que cette confirmation fût nécessaire.

Les accidents nerveux, que cette femme éprouvait, étaient tout simplement consécutifs à la compression des nerfs du membre thoracique, par les tumeurs. Mais, sans l'épanchement plastique qui existait dans le deltoïde, dont il dépassait le bord antérieur, on n'aurait pu se rendre compte de l'impossibilité dans laquelle se trouvait la malade de porter le bras vers la tête et en arrière ; on ne s'expliquerait pas plus facilement cette douleur spontanée ou provoquée par la pression, qui suivait si exactement la direction du nerf circonflexe.

La grande faiblesse des doigts, les mouvements spasmodiques, dont ils étaient le siége, les douleurs vives sous forme d'accès atroces, ayant lieu aussitôt que la

malade couvrait et réchauffait son membre, sont autant de points curieux de cette observation.

Avant de finir, nous devons insister sur le défaut d'appréciation de la position qu'occupait le membre affecté; trouble nerveux bien remarquable et rare. La malade avait si peu conscience de la place et de la direction dans lesquelles il se trouvait, que pendant ses crises nocturnes, elle le cherchait dans l'obscurité avec la main droite. Elle aurait certainement pu le mouvoir, pour juger de sa position, mais elle était arrêtée par la crainte d'exaspérer ses souffrances.

En un mot, c'est là un des curieux exemples des phénomènes nerveux, que les tumeurs syphilitiques peuvent déterminer, en comprimant les cordons nerveux qui les avoisinent.

Observation XLIV. — *Rétraction musculaire syphilitique, avec paralysie incomplète de la sensibilité et du mouvement.*

F..., âgé de 42 ans, tailleur de pierres, entre le 22 janvier 1850, à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, service de M. Cazenave. Cet homme jouit habituellement d'une très-bonne santé; il n'a jamais eu de maladie assez sérieuse pour l'obliger à garder le lit, en dehors des accidents syphilitiques dont il a été la victime. Jamais il n'a eu de douleurs rhumatismales, soit dans les articulations, soit ailleurs. Il n'a jamais eu de blennorrhagie. En 1833, il contracta des chancres, pour la première fois. Ils furent pansés avec une pommade blanche. Il prit une tisane dont il ignore la composition. Pas de pilules. Au bout de deux mois, ses chancres étaient guéris. Il n'a éprouvé à la suite, aucun accident consécutif.

En 1836, étant à la Martinique, il contracta de nouveaux chancres; il se fit soigner par une mulâtresse qui lui donna certains breuvages dont il ignore la composition. Il les prit d'une manière très-irrégulière. Ses chancres guérirent au bout de deux ou trois mois. Pas d'accidents consécutifs.

En 1841, nouveaux chancres. Il fut alors obligé d'aller à pied de Lorient à Nantes. Les ganglions de l'aine droite s'enflammèrent, et, un mois après le début des chancres, il dut entrer à l'hôpital de Nantes avec un bubon qui fut ouvert. Les chancres ont été pansés avec de la charpie. F... prit une tisane dont il ignore le nom; mais pas de pilules. Il quitta l'hôpital au bout de cinquante-sept jours. La guérison a donc eu lieu trois mois après le début du chancre. Après sa sortie de l'hôpital, il était resté un peu d'induration au niveau des cicatrices des chancres; mais il ne peut dire pendant combien de temps cette induration a persisté. Pendant les années qui suivirent ces accidents, la santé du malade fut très-bonne; il n'eut ni maux de gorge, ni douleurs ostéocopes, ni alopécie.

En 1845, au milieu de la plus parfaite santé et sans cause appréciable, une éruption de taches rouges, sans prurit, se déclare sur la figure et sur les cuisses. En même temps, F... éprouve des douleurs limitées au bras droit, revenant de préférence la nuit et l'empêchant de dormir; puis le bras augmente graduellement de volume. Le malade n'avait ni piqûre ni plaie à la main. Quinze jours après le début de l'éruption et huit jours après le gonflement du bras, il fut admis à l'hôpital d'Alençon; son bras était alors enflé depuis l'épaule jusqu'au bout des doigts; il avait environ le double de son volume normal. Il présentait à sa surface de grandes places de psoriasis dont on voit encore les traces. Le membre était pour ainsi dire paralysé; pour lui imprimer un mouvement quelconque, le malade était obligé de le saisir avec la main gauche. On lui pratiqua plusieurs saignées; on lui fit faire sur le bras, des frictions stimulantes, et plus tard des frictions avec l'onguent napolitain sur les cuisses, jusqu'à amener la salivation. Il prit en même temps du sirop de Larrey. Au bout de trois mois, il quittait l'hôpital d'Alençon. Les plaques de son psoriasis étaient dans le même état; mais il n'avait plus de douleurs nocturnes dans le bras, qui était désenflé. Il n'avait aucune force dans les doigts de la main; mais il pouvait bien élever le bras et plier le coude. Il y avait donc une grande amélioration sous ce rapport. Il vint alors à Paris, c'était vers la fin de 1845; il resta trois ou quatre mois dans le service de M. Cazenave, qui lui fit prendre des pilules de proto-iodure

de mercure et des bains de vapeur. A cette époque, le petit doigt et l'annulaire de la main droite demeuraient fléchis dans le creux de la main; mais avec la main gauche le malade pouvait facilement les redresser sans douleur; lorsqu'il cessait de les maintenir étendus, ils se fléchissaient de nouveau. En même temps, la sensibilité commençait à devenir très-obtuse, à la partie interne de l'avant-bras et au petit doigt. Obligé de quitter le service de M. Cazenave, pour cause de réparation de salles, il rentra chez M. Devergie, qui lui fit prendre des pilules de calomel et plusieurs autres espèces de pilules (dont il ignore la composition), ainsi que des bains de sublimé et des fumigations de cinabre.

Au bout de cinq ou six mois, il sort de chez M. Devergie dans l'état suivant : les plaques de psoriasis avaient complétement disparu; elles ne laissaient que des traces peu marquées; l'état général était très-bon. Il n'y avait plus de douleurs nocturnes dans le bras; mais le petit doigt et l'annulaire de la main droite étaient complétement fléchis dans la paume de la main, et le malade ne pouvait plus les redresser; en outre, les muscles situés entre le premier et le second métacarpien s'étaient atrophiés insensiblement. Depuis cette époque, il a toujours été bien portant et a pu reprendre son travail de tailleur de pierres. Il y a trois mois, étant à Cherbourg (emprisonné dans les forts, depuis juin 1848 et exposé à l'humidité), les plaques de psoriasis ont reparu. En même temps, des douleurs, plus vives la nuit que le jour et empêchant le sommeil, sont revenues dans l'épaule, le coude et le poignet droit. Au bout d'un mois, il fut gracié, revint à Paris et rentra à l'hôpital. Depuis son entrée, on ne lui a fait subir aucun traitement. Les douleurs nocturnes ont quitté l'épaule et le coude; mais elles ont persisté au poignet et se sont manifestées aux malléoles et aux talons. État du malade, le 28 mars : sujet de taille moyenne et bien constitué; muscles bien développés; pas de cicatrices de scrofules; il n'a jamais eu d'angines prolongées. Depuis quatre ans, il perd ses cheveux; mais principalement depuis quelques mois. Le front et le sinciput en sont dépourvus. Sur les parties latérales du cou, il y a des ganglions cervicaux plats, roulant sous les doigts. Sur les parties latérales de la base du gland, on aperçoit quelques traces de cicatrices,

qui ne présentent pas la moindre induration. Dans l'aine droite existe la cicatrice du bubon qu'il a eu en 1841. Pas d'exostoses ni de tumeurs gommeuses sur les bras, ni sur les jambes. Il porte de larges plaques de psoriasis, de grandeur et de forme variables. Quelques-unes sont grandes comme trois ou quatre fois la main; elles présentent une très-légère saillie au-dessus du niveau de la peau; leur surface, d'un rouge obscur, cuivré, offre une légère desquammation furfuracée.

La circonférence des grandes plaques offre une teinte plus foncée que le reste; le centre, au contraire, est plus pâle, et, dans quelques-unes, la peau est revenue à sa couleur naturelle. Sur le tronc, il y a aussi quelques plaques de psoriasis; mais elles sont beaucoup plus petites. Enfin il en existe à la face, principalement sur le front. Dans ce dernier point elles offrent une grande saillie et sont dépourvues de petites squammes, que l'on observe sur les autres. Ces plaques ne sont le siége d'aucun prurit. Le malade est droitier; ses deux avant-bras comparés ensemble sont égaux en volume et ne présentent pas de différence appréciable. A droite l'annulaire et le petit doigt sont complétement fléchis dans le creux de la main. Si l'on cherche à les étendre, on peut ramener le petit doigt dans une position telle, que la seconde et la troisième phalange fassent un angle droit avec la première; pour l'annulaire on arrive au même résultat, seulement l'angle est plus ouvert; il peut avoir 110°. Dans ce mouvement, on tend parfaitement les tendons fléchisseurs de ses deux doigts, et on leur fait faire une légère saillie dans le creux de la main. Les articulations du petit doigt et de l'annulaire ne sont nullement ankylosées. Dès que l'on cesse de maintenir ces doigts dans l'extension, ils retombent de suite dans leur état de flexion complète. Cette extension forcée ne cause aucune douleur au malade. Le doigt médius commence à se fléchir un peu; si l'on cherche à l'étendre, on voit saillir son tendon dans le creux de la main et on cause un peu de douleur sur le trajet de ce dernier, au-dessus du poignet. La pression sur le trajet des muscles fléchisseurs n'est nullement douloureuse, aux parties latérales de la seconde phalange. Les deux autres doigts jouissent de tous leurs mouvements, et lorsqu'on dit au malade de les étendre, on sent tous les extenseurs se contracter; leurs tendons font saillie à

la face dorsale de la main. Les faisceaux musculaires qui répondent aux tendons extenseurs et fléchisseurs de l'annulaire et du petit doigt ne paraissent pas atrophiés; du moins on ne peut constater aucune dépression, aucune perte de substance dans le point qu'ils occupent à l'avant-bras.

Avec les trois premiers doigts il serre la main avec la même énergie que du côté opposé. Les mouvements du poignet et du bras sont parfaitement libres. En considérant la face dorsale de la main, on remarque une dépression très-notable entre les deux métacarpiens. Cette dépression est produite par l'atrophie des muscles de cette région. L'éminence thénar, comparée à celle de la main gauche, ne présente qu'un léger aplatissement; de telle sorte que toute la perte de substance a lieu aux dépens de la face dorsale de l'espace interosseux. Dans les mouvements d'adduction, on ne sent aucun muscle se contracter dans le premier espace interosseux. Cependant le pouce peut-être complétement ramené contre l'index. Ce mouvement paraît dû à la contraction du court adducteur et du long fléchisseur; car en même temps la première phalange est un peu fléchie. La sensibilité des deux tiers inférieurs du bras, de tout l'avant-bras et de la main est obtuse. Cependant une piqûre d'épingle y détermine de la douleur. Dans la moitié interne de l'avant-bras, sur toute l'étendue du petit doigt et sur le côté interne de l'annulaire, il y a une insensibilité complète à la piqûre. Dans tout le reste du corps, la sensibilité est parfaitement normale. Quelques jours après, ce malade sortit de l'hôpital, sur sa demande (1).

Réflexions. — Un point qui doit attirer de prime abord notre attention, c'est la multiplicité des accidents vénériens primitifs, à des époques variées, et la difficulté dans laquelle on se trouve pour découvrir celui qui a infecté l'économie. Quoi qu'il en soit, la diathèse syphilitique est prouvée par les éruptions cutanées et par l'épanchement plastique musculaire. Le traitement spécifique fit disparaître les douleurs et dégonfler le membre.

(1) *Archives de la Société médicale d'observation.*

Le malade pouvait imprimer des mouvements à son bras et à son avant-bras; mais les mouvements variés et délicats des doigts n'étaient guère possibles. En présence d'une diminution si notable de la myotilité, il est impossible de ne pas penser à la compression des nerfs du membre supérieur, par l'épanchement plastique. Peut-être les troncs nerveux ont-ils été compris et englobés dans cette abondante exsudation, qui augmenta le volume du membre thoracique à un point tel qu'à l'hôpital d'Alençon on traita d'abord le malade comme affecté d'un phlegmon diffus.

Après un traitement spécifique de trois mois, les doigts ont recouvré leur usage, excepté l'auriculaire et l'annulaire. Cette paralysie limitée, jointe à l'insensibilité de l'auriculaire, du côté interne de l'annulaire et de la face interne de l'avant-bras, dénote certainement une lésion du nerf cubital.

L'inaction prolongée de ces doigts finit par atrophier les muscles correspondants. Quant à la flexion forcée, qu'on ne pouvait à la fin surmonter qu'incomplétement et en développant une force considérable, peut-être était-elle consécutive à l'inertie et à la rétraction des tendons fléchisseurs, les filets nerveux qui les animent (filets du cubital) étant entravés dans la transmission du principe du mouvement. Peut-être c'était là l'effet de la rétraction syphilitique, qui a duré si longtemps ; mais pour se rendre compte de la diminution de la sensibilité du bras, de l'avant-bras et de la main, il faut nécessairement admettre une lésion de presque tous les nerfs du membre thoracique, lésion moins prononcée que celle du cubital.

Observation XLV. — *Tumeur gommeuse de l'aisselle déterminant des phénomènes de compression des nerfs du membre thoracique. — Douleurs névralgiques et diminution de la motilité.*

Le 10 décembre 1856, èntre à la Clinique, service de M. Nélaton, salle des hommes n° 7, le nommé A.., âgé de 67 ans, sacristain au lycée Napoléon.

Son frère est mort subitement. Sa mère succomba, à l'âge de 72 ans, à une maladie inconnue.

A... s'est toujours bien porté. Il nie avec obstination tout antécédent vénérien. Quinze jours avant sa réception dans le service, il se présente à la consultation. Il dit être tombé, il ya quelques jours, sur l'épaule droite et depuis cette époque souffrir à la partie supérieure du bras correspondant. On ne constate aucune ecchymose; M. Nélaton examine l'aisselle et y découvre une tumeur. C'est alors, pour la première fois, que X..., avoue éprouver depuis longtemps des douleurs en cet endroit. Le malade se représente à la consultation, au bout de deux semaines. Il dit ne pouvoir plus se servir de son bras et réclame un lit dans le service. C'est un homme vigoureux, n'ayant rien sur la surface du corps, ni sur les muqueuses, accessibles à l'exploration. Il est vivement préoccupé de son état. Dans l'aisselle droite, il existe une tumeur du volume d'une grosse noix, allongée, fusiforme, offrant une longueur de 5 centimètres à peu près, accolée à la face profonde de la partie rétrécie du grand pectoral et au bord interne du biceps; cette tumeur occupe le creux axillaire. Elle fait saillie dans la position élevée du bras; elle est à peine visible dans l'attitude ordinaire du membre, lorsqu'il tombe verticalement. L'artère axillaire est située au-dessus de cette tumeur. Aussi cette dernière est-elle le siége de forts battements. L'auscultation y fait découvrir un bruit de souffle intermittent. Un frémissement, également intermittent, est senti par le palper.

Le malade accuse une douleur vive autour du col chirurgical de l'humérus, douleur qui rayonne vers l'épaule et que la pression fait naître immédiatement. Souvent, le jour ou la nuit, des douleurs vives parcourent tout le membre, jusqu'à l'extrémité des doigts. Il y a en outre un sentiment d'engourdissement, depuis l'épaule jusqu'à l'extrémité du membre;

parfois aussi tout le membre est le siége de fourmillements. Tout travail manuel est rendu impossible, du côté droit. Le système veineux du bras est développé. Enfin la compression de l'artère sous-clavière fait cesser toute espèce de battement et de bruit dans la tumeur, qui est élastique et un peu résistante, sans être molle, ni fluctuante. La peau qui la recouvre conserve ses caractères normaux.

M. Nélaton diagnostique une tumeur de nature syphilitique, développée postérieurement à l'artère axillaire, dans laquelle elle détermine des bruits anormaux par la compression qu'elle y exerce. Il ordonne en conséquence un gramme d'iodure de potassium par jour. Au bout de huit jours le malade n'éprouve plus aucune espèce de douleur. Il veut sortir absolument le 20, promettant de continuer son traitement et de venir à la consultation. En effet, il s'y présente le 29 décembre, la tumeur a diminué de plus de moitié; il n'éprouve plus aucune douleur (1).

Réflexions. — On ne peut ajouter grande confiance aux dénégations opposées par le malade, questionné sur l'existence d'une affection vénérienne antérieure. Le subterfuge dont il s'est servi, en accusant une chute sur l'épaule, chute qui est incapable de produire une telle tumeur, et lorsqu'il n'y avait aucune trace de violence extérieure, atteste au contraire sa mauvaise foi. Quoi qu'il en soit, cette tumeur nous semble avoir été syphilitique; nous nous fondons pour lui reconnaître une telle nature, sur ses caractères physiques, sa rapide diminution, et sur la disparition des douleurs, qu'elle provoquait, dix jours après l'institution du traitement ioduré; du reste, nous devons rappeler que c'est là aussi le diagnostic porté par un de nos professeurs, dont l'opinion fait autorité en matière de diagnostic. Nous ferons néanmoins remarquer que le siége de cette tumeur gommeuse est

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de notre collègue le Dr Aug. Voisin.

bien insolite; cependant nous en avons vu se développer jusque sur le cordon testiculaire.

Quant aux troubles nerveux, éprouvés par ce malade, du côté de la sensibilité et de la motilité, ils s'expliquent facilement par la situation de la tumeur à l'endroit où siégent, juxtaposés, presque tous les nerfs du membre thoracique. En cela, cette observation se rapproche de celle du n° XLIV.

OBSERVATION XLVI. — *Paralysie des extenseurs des orteils et des fléchisseurs du pied gauche sur la jambe. — Pied dans l'extension. — Orteils demeurant convulsivement fléchis. — Progression très-difficile. — Constipation. — Dysurie. — Sensibilité conservée. — Adénopathie cervicale. — Taches et cicatrices d'ecthyma et de rupia.*

X... Normand, commissionnaire, âgé de 26 ans, est entré dans le service de M. Ricord, salle 1re, lit n° 34, le 30 novembre 1858. Il y a six ans, il eut une blennorrhagie. Deux ans après, nouvelle uréthrite. Il y a un an, il contracta un chancre sur le rebord du gland et à sa partie supérieure; l'ulcération dura un mois environ. Au dire du malade, il ne resta point d'induration. X... n'a pas eu d'adénite; il n'a subi aucun traitement mercuriel. Quelques mois après, il eut une éruption de gros boutons. Le malade, peu observateur, ne peut ni les décrire, ni nous indiquer si, à une époque antérieure, il n'a pas eu d'autres éruptions plus légères. Il n'a éprouvé ni céphalalgie, ni malaise avant l'éruption. Il n'a jamais éprouvé non plus de douleurs dans la continuité des membres, ni au niveau des articulations. D'après ce qui précède, on voit qu'il est impossible de savoir, soit le moment précis de l'infection de l'économie, chez ce malade, soit l'époque à laquelle ont débuté les symptômes constitutionnels. X... n'a jamais remarqué que ses ganglions fussent volumineux; mais il se rappelle avoir eu quelques croûtes dans les cheveux. Cette éruption de gros boutons dura pendant trois mois environ, sans être accompagnée d'aucune démangeaison. Elle disparut d'une manière spontanée. X... ne consulta aucun médecin et

ne fut soumis à aucun traitement. Deux ou trois mois après, il eut une nouvelle éruption de forme différente, plus profonde, et précédée par de petites tumeurs indolentes, situées dans l'épaisseur de la peau. Jamais de mal à la gorge, jamais d'accidents du côté de l'anus.

Au mois de juin 1858, il s'aperçut que la jambe gauche était un peu faible de temps en temps, et cela plusieurs fois dans la journée. Pendant la marche, lorsque le poids du corps était transmis par le membre gauche (le membre droit étant détaché du sol), le pied gauche cédait, au lieu de se maintenir rigide. Il y avait alors flexion involontaire de la jambe sur le pied et le malade risquait de tomber. Cet accident ne survenait d'abord que rarement dans la journée; mais, plus tard, il reparaissait dix ou douze fois. Néanmoins, un ou deux jours pouvaient se passer sans que cela lui arrivât. D'ailleurs le malade n'éprouvait ni douleurs, ni fourmillements. La jambe droite est toujours restée à l'état normal. Le malade fit la remarque qu'à la même époque il a commencé à avoir de la constipation, et que l'émission de l'urine devint aussi plus difficile. Pendant trois mois entiers, aucun changement ne s'opéra en lui, ni en bien ni en mal, si ce n'est qu'il n'avait point d'érections; ce qui le préoccupait vivement. Jamais de coït dans la station debout; jamais de spermatorrhée.

Au mois de septembre, le malade remarqua que le genou lui-même faiblissait et que pendant la marche il traînait la pointe du pied. Néanmoins, il pouvait encore, par moments, marcher pendant cinq minutes, sans traîner la pointe du pied gauche; ce qui lui arrivait tantôt le matin, lorsqu'il se levait du lit, tantôt dans la journée, après qu'il avait marché pendant quelque temps. Depuis le mois de septembre également, il éprouve des mouvements spasmodiques dans le membre pelvien gauche; ces spasmes faibles et rares surviennent surtout dans la nuit et jamais pendant la marche. Sur ces entrefaites il continuait toujours à avoir ses boutons d'ecthyma, disséminés sur tout le corps. Au mois d'octobre il consulta un médecin qui lui ordonna du proto-iodure de mercure et de l'iodure de potassium.

J'examine le malade le 5 décembre 1858 : son état général est satisfaisant, son teint normal. Il n'existe aucun souffle

anémique; l'appétit est excellent; constipation tellement opiniâtre que les purgatifs demeurent sans action. Il présente des ganglions cervicaux latéraux et un ganglion occipital. Il porte de grandes taches d'ecthyma profond et de rupia. L'une d'elles, de la grandeur d'une pièce de 5 centimes, siége sur l'avant-bras droit. Il en existe quatre sur le membre thoracique gauche et une dizaine sur le tronc. De ces taches, les unes sont violacées, les autres cuivrées; on voit enfin des cicatrices irrégulières, blanchâtres, comme étoilées, ressemblant à celles des cautères. Sur les membres inférieurs, nombreuses taches variant, pour la grandeur, depuis celle d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs. Il y en a des violacées, des cuivrées et des cicatrices blanches, comme celles décrites plus haut. En un mot on voit sur ce malade les traces de plusieurs éruptions successives. L'examen des organes génitaux n'y fait rien constater. Les ganglions inguinaux sont engorgés, notamment ceux du côté droit. Le contact et le pincement sont aussi bien sentis à droite qu'à gauche. La plante du pied gauche supporte facilement le chatouillement; à droite, au contraire, il lui est très-désagréable. Aussi le malade retire-t-il immédiatement le pied. La sensibilité à la température et à la pression est conservée des deux côtés. Il en est de même de la sensation de l'activité musculaire; il apprécie parfaitement la résistance du sol. Le malade ayant les yeux fermés porte les membres à volonté dans tous les sens et mesure parfaitement l'étendue de ses mouvements; il a aussi conscience de leur position et de leur attitude, quand on les déplace passivement. Les mouvements spasmodiques n'ont lieu que dans le membre pelvien gauche. Nous ne trouvons aucune différence dans la température des deux membres; néanmoins le malade sent le pied gauche plus froid. Lorsqu'il s'appuie uniquement sur le pied droit, il peut y rester pendant longtemps et comme dans l'état normal; mais il ne peut en faire autant avec le pied gauche. Au bout d'une ou deux secondes, il est menacé de tomber. La jambe fléchit alors sur le pied et la cuisse sur la jambe, de manière que le malade est obligé de chercher un appui sur le membre droit qu'il met à terre. Lorsqu'il marche, il traîne le pied gauche; de façon que le pied, étant

ns la demi-extension, les orteils, convulsivement fléchis r le pied, touchent toujours le sol. La jambe est égale- ent fléchie sur la cuisse; mais une fois le membre gau- e placé au-devant du droit, dans l'acte de la progression, malade lui transmet le poids du corps en boitant et le ed, devient horizontal. Cependant il faut qu'il place aussi- : le membre droit au-devant, ou à côté du gauche, sans oi X... est menacé de tomber. Pour faire comprendre, tant que possible, les troubles de la motilité chez ce ma- le, il faut faire observer que, lorsqu'il marche lentement que le pied gauche doit, en se redressant sur sa pointe, détacher progressivement du sol, ce pied gauche fléchit sur jambe, par défaut d'action suffisante des extenseurs du pied r la jambe; le malade fait alors un faux pas et risque de mber.

Quand le malade est dans le décubitus horizontal, les or- ls sont toujours fortement fléchis sur le pied. Avec quel- es efforts on parvient à les étendre un peu; mais il est im- ssible de les rendre rectilignes. Le pied ne peut être fléchi r la jambe. Aussi reste-t-il dans une position voisine de lle du pied équin. Les muscles du mollet paraissent s'op- ser, par leur contracture, à la flexion du pied. Du côté droit, malade exécute librement tous les mouvements. Enfin il chit, étend, relève librement les cuisses.

La percussion et la pression sur la colonne vertébrale ne nt constater aucun point douloureux. Il n'existe nulle part douleurs spontanées, ni de déformation; pas de zone de nstriction abdominale. Constipation très-opiniâtre. La ves- e est très-paresseuse; le malade est obligé d'attendre pen- nt une minute environ, pour que le jet de l'urine s'é- blisse, bien qu'il éprouve le besoin pressant d'uriner.

Les membres supérieurs conservent leur motilité et leur nsibilité normales, ainsi que tout le reste du corps; pas de phalalgie, point d'accident cérébraux. Le malade ne s'est mais exposé à l'intoxication saturnine.

Traitement. — Un gramme d'iodure de potassium par jour, ns 100 grammes de julep, dont la moitié sera prise le matin l'autre moitié le soir. La dose du médicament est portée ccessivement à 4 grammes par jour.

Le 15 décembre, nous constatons que les orteils ne sont plus aussi spasmodiquement fléchis sur le pied et qu'ils se laissent étendre passivement; mais aussitôt qu'on les abandonne, ils retombent dans la flexion. X... ne peut ni les étendre volontairement, ni fléchir le pied sur la jambe. Quand il cherche à obtenir cet effet, si l'on embrasse avec la main la face antérieure de la jambe gauche, on ne sent pas les muscles de cette région se contracter énergiquement.

Le 29 décembre, il peut étendre les orteils sur le pied et fléchir légèrement celui-ci sur la jambe; le pied n'est plus dans l'extension forcée pendant le repos. Le malade marche un peu mieux. Vésicatoire sur la partie postérieure de la cuisse.

Le 27 janvier, nous revoyons le malade. Depuis au moins quinze jours, nous dit-t-il, il peut bien fléchir et étendre le pied. C'est ce qu'il fait avec facilité devant nous; il marche assez bien; le pied ne traîne plus autant par terre; mais la jambe gauche est toujours plus faible, comme engourdie, et parfois le genou fléchit involontairement pendant la marche.

Les taches syphilitiques existent toujours, mais elles sont plus claires. Celles qui étaient violacées sont bistres. La miction est physiologique; il y a toujours de la constipation. A partir de cette époque nous avons perdu le malade de vue.

Réflexions. — La syphilis constitutionnelle existait chez ce malade depuis un an. Elle a produit des symptômes physiologiques tellement peu prononcés, qu'il n'a pas même reconnu en être atteint; aussi resta-t-il sans aucun traitement, jusqu'à l'époque à laquelle est survenue la paralysie de la jambe gauche.

S'il n'existait pas chez ce malade des phénomènes morbides du côté de la vessie et du rectum, on serait en droit d'attribuer l'affection du membre pelvien à une lésion locale des nerfs, peut-être à une compression exercée sur le sciatique. Mais, outre que cette compression aurait déterminé des douleurs névralgiques, à en juger du moins par les faits qui nous sont connus, elle n'aurait pu troubler, ni les fonctions de la vessie, ni celles du

rectum. Il faut donc remonter plus haut, et jusqu'à la moelle épinière, pour chercher le siége de la maladie. Mais on doit admettre nécessairement que la partie de la moelle d'où émanent les nerfs du membre droit n'a subi aucune altération.

L'affection du membre serait-elle indépendante de la syphilis? N'y aurait-il qu'une coexistence pure et simple, et s'agirait-il, par exemple, d'une affection rhumatismale des muscles? Il est à regretter que nous n'ayons pu suivre, jusqu'à la fin, les effets de la médication, chez ce malade. Mais, outre que les antécédents et la filiation des diverses manifestations diathésiques plaident en faveur du diagnostic que nous sommes porté à admettre, les symptômes du côté de la vessie et du rectum éloignent l'idée d'un rhumastime des muscles du membre pelvien. Chez ce malade, il n'existait ni douleur ostéocope, ni déformation de la colonne vertébrale, en un mot, aucun signe qui permît de supposer l'existence d'une exostose du rachis.

OBSERVATION XLVII. — *Paralysie du membre supérieur droit, due à la compression de certains filets des plexus cervical et brachial par une exostose syphilitique* (1).

Un homme d'environ 34 ans est admis dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, pour y être traité d'une paralysie du membre supérieur droit. Cet homme d'une constitution assez bonne, avait, comme soldat de la marine, habité pendant quelque temps une de nos colonies. Jamais il n'avait subi d'atteinte de cette colique sèche que l'on observe quelquefois chez les marins. Il nous raconte que quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il s'est réveillé un matin complétement paralysé du membre supérieur droit, sans douleur aucune, alors même que l'on imprimait des mouvements à son bras. Il n'éprouva d'abord que du fourmillement et de l'engour-

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, année 1852, par M. Debout.

dissement dans les doigts et une sensation de froid dans tout le membre. Trois ou quatre jours après le début de la paralysie, il commença à sentir une douleur lancinante, limitée à la région de la clavicule droite. Cette douleur se montra d'une manière intermittente et peu intense. La paralysie, qui d'abord avait atteint tous les muscles du membre, s'était ensuite localisée dans les muscles qui meuvent le bras sur l'épaule. Dans un premier examen, on crut à une paralysie du deltoïde. L'exploration par l'électricité révéla qu'une partie du trapèze du grand dentelé, du deltoïde et du grand pectoral ne se contractait pas sous son influence. Comme conséquence, on éloigna l'idée d'une lésion cérébrale et l'on soupçonna une lésion de la moelle ou des nerfs qui animent ces divers muscles. A un examen plus minutieux, on constata dans la région cervicale droite et au niveau de l'émergence des nerfs qui constituent le plexus cervical et brachial, l'existence d'un point très-sensible à la pression qui y déterminait une douleur s'irradiant dans tout le membre supérieur. C'était aussi dans ce point de la colonne vertébrale que le malade rapportait les douleurs lancinantes qui lui revenaient irrégulièrement et spontanément.

Traiter l'affection locale, cause de la paralysie était la première indication à remplir; M. le professeur Jarjavay, remplaçant M. le professeur Nélaton, fit appliquer un vésicatoire sur la région postérieure du cou et pensa que l'électrisation des muscles paralysés pourrait jusqu'à un certain point entretenir leur vie locale ou diminuer le dépérissement inévitable des muscles qui ne recevaient plus librement l'influx nerveux. Mais ni le vésicatoire, ni l'électrisation, ne purent arrêter la marche de l'atrophie musculaire ; les douleurs primitivement intermittentes et limitées à la région cervicale, devinrent continues et s'irradièrent dans tout le membre en s'exaspérant la nuit. Un mois environ après l'entrée du malade à l'hôpital, monsieur le professeur Nélaton reprit son service. En cherchant la nature de l'affection, il trouva dans l'histoire du malade une infection syphilitique, et pensa alors qu'une exostose, exerçant une compression sur les racines des plexus cervical et brachial, pouvait bien être la cause de la paralysie; l'apparition d'une roséole syphilitique vint confirmer le diagnostic. Un traitement

spécifique fut institué. En peu de jours les douleurs disparurent, puis la paralysie diminua progressivement, dans les muscles qui n'avaient pas ou qui avaient peu perdu de leur contractilité électrique.

Réflexions. — Cette observation, très-intéressante d'ailleurs, manque de détails, surtout relativement à la maladie syphilitique qui a infecté l'économie. Quoique la suite de l'histoire du malade donna raison au diagnostic posé par le savant maître, guidé par sa vaste expérience, l'observation ne nous dit pas sur quoi ce diagnostic a été basé. Nous devons en outre indiquer une grande anomalie, relativement à l'évolution des symptômes de la syphilis; nous voulons parler de la roséole qui serait venue confirmer l'existence d'une exostose. En un mot, la guérison du malade par la médication spécifique, et notamment le talent de l'auteur du mémoire, dont tout le monde reconnaît les rares qualités d'esprit et d'observation, font moins regretter l'absence de quelques détails qui compléteraient la narration du fait qui précède.

CHAPITRE II.

DES CONVULSIONS SYPHILITIQUES.

La syphilis détermine de plusieurs façons des mouvements convulsifs cloniques.

Un de nos malades, dont l'observation se trouve relatée à la fin de ce chapitre (OBSERVATION XLIX), fut atteint de convulsions, au début de la diathèse. Elles ont annoncé, en quelque sorte, le premier exanthème, et ont persisté après son apparition. Commençant toujours la nuit, elles semblaient être déterminées par les douleurs violentes que le malade éprouvait en ces moments-là. Elles résistèrent au chloroforme, et furent rapidement guéries par les mercuriaux.

Nos malades hystériques offraient aussi quelques mouvements convulsifs qui seront décrits à propos de cette névrose. Il en sera de même des convulsions épileptiques ou épileptiformes : nous en parlerons à propos du mal caduc.

Les convulsions ont été rarement observées chez nos paraplégiques. L'absence de ce symptôme contribua maintes fois à éloigner de notre pensée le soupçon d'une compression.

L'observation XLVIII nous offre un exemple remarquable de mouvements convulsifs, occupant la moitié du corps. Ces convulsions n'étaient pas accompagnées de

perte de connaissance. Elles survenaient à la suite du moindre mouvement de rotation de la tête. La nuque était en même temps le siége d'une douleur excessivement violente. Ce malade avait un ozène syphilitique, dont il guérit, ainsi que de tous les autres accidents, par les spécifiques.

Dans plusieurs affections cérébrales, des mouvements spasmodiques se déclarent en même temps que d'autres phénomènes morbides. On les observe surtout lorsqu'il y a inflammation de la matière cérébrale, autour d'une tumeur gommeuse, par exemple (OBSERVATION XXVI).

Enfin, dans notre chapitre sur les *paralysies sans lésion*, on verra un cas de trismus et de contracture, c'est-à-dire de convulsions toniques dont aucune altération matérielle n'a expliqué le mécanisme.

Chez les enfants qui succombent à la cachexie syphilitique, les convulsions viennent fréquemment abréger l'existence. M. Mayr, médecin d'un hôpital d'enfants à Vienne, a décrit avec soin les accidents cérébraux que présentent les enfants atteints de syphilis héréditaire. Chez six enfants ainsi affectés, il vit survenir, quelques jours avant la mort, de la stupeur avec fixité du regard et contraction convulsive des muscles de la main, du pied et du visage, absolument, dit-il, comme dans l'anémie du cerveau, suite de grandes pertes de sang, ce que Marshall Hall appelle hydrocéphale secondaire.

Enfin, M. le docteur Goupil, médecin des hôpitaux de Paris, nous a dit avoir vu un cas de tétanos mortel se déclarer chez une femme admise à Lourcine, et à la suite d'une cautérisation fort douloureuse de plaques muqueuses anales et vaginales, avec le nitrate acide de mercure. Deux heures environ après, le tétanos débuta par du trismus; puis survinrent l'emprosthotonos et l'opis-

thotonos. La malade succomba dans l'espace de huit heures, malgré les opiacés employés à haute dose.

Mais, peut-on attribuer une part quelconque à la syphilis, dans le développement de cette affection nerveuse, qui semble avoir été déterminée uniquement par les vives souffrances qu'éprouva la malade?

Peut-être est-ce de la même manière, c'est-à-dire par l'intensité de la douleur, que l'ouverture d'un bubon syphilitique a pu déterminer le tétanos chez le malade cité par Stoll (1).

Quoi qu'il en soit, les observations qui suivent sont des exemples de convulsions dues à la syphilis. On trouvera, après l'exposition de chaque fait, les remarques que nous avons cru devoir y faire.

OBSERVATION XLVIII. — *Accidents nerveux multiples, paraissant dépendre d'une tumeur syphilitique siégeant au niveau des deux premières vertèbres cervicales — Accès convulsifs des membres droits. — Affaiblissement de la mémoire. — Ozène syphilitique. — Guérison complète par les spécifiques.*

M. X..., âgé de 34 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une taille élevée, bien développé, contracta, à l'âge de dix-huit ans (en 1838), un chancre infectant qu'il dut soigner avec mystère. Il fut soumis à un traitement mercuriel de trois mois et fut parfaitement guéri, du moins en apparence. Depuis cette époque, aucun accident nouveau n'avait fixé l'attention du malade, lorsqu'en mai 1855, dix-sept ans après sa maladie vénérienne, il éprouva, pour la première fois, des douleurs ostéocopes nocturnes dans tous les membres, douleurs qui furent prises pour des rhumatismes; plus tard il eut des douleurs vagues à la tête et par moment, des vertiges que l'on attribua à la migraine et que l'on essaya de combattre par le paullinia; enfin il consulta un autre médecin, qui considéra

(1) *Ratio medendi*, vol. 1er, p. 297.

ces accidents comme étant sous la dépendance de l'anémie et soumit le malade à un traitement ferrugineux, dont il éprouva de bons effets. Dans le but d'achever sa guérison, X... partit pour les eaux ferrugineuses de Spa. Après un court séjour à cette source, il vit son état s'aggraver; les céphalées augmentèrent d'intensité; une douleur fixe très-intense se déclara dans le voisinage de la base du crâne. Elle paraissait siéger profondément à la nuque. Chaque mouvement de la tête l'exaspérait, au point de faire tomber le malade presque en syncope. On le ramena de suite à Paris.

Voici dans quel état se trouvait X... au moment de son retour: douleur fixe et profonde à la région cervicale postérieure, s'exaspérant par le plus léger mouvement de rotation de la tête. Le malade, craignant une mort subite, maintenait sa tête dans un état d'immobilité absolue et se retournait tout d'une pièce, lorsqu'il voulait regarder les objets placés à côté de lui. Les parties molles de la nuque n'offraient rien à l'exploration, et la colonne cervicale ne paraissait ni tuméfiée, ni déviée. Il existait une céphalée continue avec de très-courtes rémissions. Sans pouvoir préciser au juste le point de départ de la douleur, X... accusait une souffrance intérieure dans les profondeurs de l'encéphale. A cette époque, il n'éprouvait plus de douleurs dans les membres; l'examen le plus attentif ne fit découvrir aucune exostose, sur les différentes régions du squelette se prêtant à l'exploration. Plusieurs fois dans la journée, M. X... éprouve des vertiges, surtout lorsqu'il fixe un objet qui se déplace, comme une voiture qui marche. Il se lève cependant et se promène assez facilement; mais il lui arrive souvent, en marchant, d'éprouver des vertiges. Il s'appuie aussitôt sur un meuble pour ne pas tomber. Quelquefois enfin il lui arrive de perdre entièrement connaissance et de rouler par terre.

Outre ces vertiges, plusieurs fois répétés dans la même journée, tous les quatre ou cinq jours il éprouve des *attaques :* au milieu d'une conversation, X... se jette tout à coup dans un fauteuil et pousse des cris sourds et continus, pendant que les membres thoracique et pelvien droits sont le siége de *convulsions cloniques* très-fortes. La figure s'injecte et devient pourpre; mais le malade ne grimace pas; sa bouche n'écume

pas, son regard n'est pas fixe ; il ne perd pas connaissance dans ces moments-là. Ces mouvements convulsifs, avec cris plaintifs, ne durent que deux minutes environ; mais les membres du côté droit restent après engourdis. Les facultés intellectuelles demeurent après l'attaque ce qu'elles étaient avant. Cependant, depuis qu'il est dans cet état, la mémoire s'est beaucoup affaiblie. En outre, X... est dominé par la crainte d'expirer, pendant une de ses attaques convulsives.

Il n'existe aucun embarras dans la parole. Les traits de la face ne sont pas déviés. Pas de contracture ; mais diminution de la force musculaire et de la sensibilité, à droite.

La vue est trouble; il n'existe aucune lésion appréciable aux yeux; si ce n'est que les pupilles sont très-dilatées; le malade voit des mouches volantes ; avant cette maladie il voyait de très-loin, mais actuellement il est obligé d'employer des lunettes de myope.

Au mois de septembre 1855, une consultation eut lieu entre MM. Rota, Ricord et Tardieu. Les consultants, guidés par une odeur fétide (d'ozène), exhalée par le malade, examinèrent les fosses nasales, où ils découvrirent de grandes ulcérations, siégeant sur la cloison médiane. Une exploration faite à l'aide du stylet permit de reconnaître une carie du vomer. Le malade interrogé répondit que depuis longtemps il avait mal au nez, et que parfois, en se mouchant, il rendait des corpuscules durs; les os du nez étaient tuméfiés et cet organe déformé ; la peau et les muqueuses ne présentaient aucun autre symptôme.

L'embonpoint du malade est médiocre ; mais c'est là son état habituel. X... n'est pas anémique ; cependant il se plaint d'un léger tremblement et d'une faiblesse dans tout le corps. *Une tumeur d'origine syphilitique, siégeant probablement au niveau de l'atlas ou de l'axis, fut soupçonnée.*

On voulut immobiliser la tête par un appareil, pour éviter les douleurs atroces qui résultaient du plus léger mouvement de rotation. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium, dont la dose fut portée progressivement jusqu'à 6 grammes par jour. Aucun changement ne s'opérant dans son état, on y renonça momentanément, et le mercure fut administré à l'intérieur, à la dose de 5 et 10 centigrammes par jour (proto-iodure), en même temps qu'on faisait des pansements hydrar-

gyriques sur des vésicatoires placés à la nuque. Au bout d'un mois, on ajouta, aux préparations mercurielles, l'iodure de potassium, dont la dose fut élevée de 1 à 4 grammes par jour.

L'amélioration fut rapide, et le malade était complétement guéri en avril 1856, c'est-à-dire après un traitement spécifique de quatre mois. Cette guérison ne s'est pas démentie depuis. M. X... occupe aujourd'hui, avec une intelligence très-distinguée, une position très-élevée dans la société.

Réflexions. — Nous ferons d'abord remarquer que, chez ce malade, l'état latent de la syphilis constitutionnelle paraît avoir duré pendant dix-sept ans. Trois mois de traitement mercuriel avaient suffi pour retarder ainsi l'explosion des accidents diathésiques. Il faut néanmoins noter que, de l'aveu même de M. X..., bien avant le diagnostic porté par les derniers consultants, il avait une rhinite, avec expulsion de fragments osseux. Peut-être aussi, des phénomènes moins graves, ayant précédé de quelques années les accidents nerveux, passèrent-ils inaperçus.

Les céphalées et les vertiges sont les premiers symptômes physiologiques qui ont paru chez ce malade. Puis survinrent ces accès convulsifs des membres droits, avec des douleurs intenses à la nuque, et une diminution de la sensibilité cutanée.

Les facultés intellectuelles sont restées intactes. Cependant il faut remarquer que le malade perdait souvent connaissance, et que la mémoire s'est considérablement affaiblie. Les vertiges et les céphalées, si violentes, ne nous autorisent pas à mettre le cerveau tout à fait hors de cause. Néanmoins, nul doute qu'une lésion n'ait existé au niveau des deux premières vertèbres cervicales. La douleur intense qui siégeait dans cette région d'une ma-

nière constante, son exaspération, au point d'occasionner des pertes de connaissance, après le moindre mouvement de rotation et l'apparition subite des spasmes, après ce même mouvement, sont des preuves suffisantes en faveur de cette opinion.

Les accidents développés du côté des fosses nasales sont les seuls qui aient permis de diagnostiquer la syphilis constitutionnelle et d'arracher le malade à une mort imminente.

Nous devons aussi faire remarquer, à propos du traitement, que l'iodure de potassium seul n'a pu produire aucune amélioration, tandis que le mercure, corroboré plus tard par l'usage des préparations iodées, rétablit complétement la santé de M. X....

Nous croyons que les accidents convulsifs, éprouvés par les membres droits, dès que le malade exécutait le plus léger mouvement de tête, doivent nous faire admettre une compression instantanée et passagère de la moelle épinière, ou bien un tiraillement de cet organe par des adhérences qu'il aurait contractées avec les parties voisines. Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de noter avant tout, c'est que les spécifiques ont radicalement dissipé toutes les manifestations morbides, qui mettaient en danger, à chaque instant, la vie de ce malade.

OBSERVATION XLIX. — *Syphilis constitutionnelle. — Convulsions nocturnes. — Traitement antisyphilitique. — Guérison.*

Le nommé Nau (Alphonse), âgé de 23 ans, coiffeur, lymphatique et d'une constitution délicate, entre à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, salle première, lit n° 16, le 15 juin 1852. Jamais il n'a éprouvé de troubles du côté du système nerveux ; aucune affection nerveuse du côté de sa famille.

A l'âge de 16 ans, il eut une blennorrhagie qui fut traitée

par le copahu et le cubèbe, et qui dura un mois ; il n'a pas eu d'accidents, consécutivement à cette maladie.

Il y a quatre mois, ayant eu des relations avec une ouvrière atteinte d'un chancre, constaté par son médecin, N... contracta une ulcération sur le fourreau ; cette femme éprouvait des douleurs dans les membres ; elle avait des accidents du côté de la gorge et était soumise, en ce moment-là, à un traitement mercuriel.

Deux mois après le début du chancre, Nau éprouvait des douleurs intenses dans toute la longueur des membres, surtout dans les jambes. Ces douleurs n'augmentaient pas par la pression. Quoique continues, elles étaient bien plus fortes pendant la nuit. Une dizaine de jours après leur début, elles ont atteint une telle intensité que le malade criait toute la nuit et qu'il était en proie à des convulsions cloniques. Pendant ces moments, les bras, les avant-bras, les jambes et les cuisses étaient agités de mouvements spasmodiques de flexion et d'extension, qui faisaient sauter le malade dans son lit. Souvent, après les spasmes, les membres restaient roides dans l'extension ; mais bientôt après, ils étaient de nouveau le siége de ces mouvements excessivement forts, que le malade ne pouvait maîtriser. Ces convulsions ont précédé de dix jours l'éruption de l'exanthème ; elles étaient accompagnées de palpitations et d'étouffements ; elles commençaient vers minuit et duraient jusqu'à quatre heures du matin.

Au mois de mai, il entra à l'Hôtel-Dieu, pour ses douleurs et ses convulsions. Le chef du service, dans lequel fut placé Nau, aidé des antécédents et de la présence d'une syphilide papuleuse confluente, que le malade portait en ce moment, diagnostiqua une affection syphilitique et prescrivit 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Mais les douleurs nocturnes et les convulsions concomitantes torturaient tellement le malade toutes les nuits, qu'il a fallu avoir recours au chloroforme pour les calmer. Ces inhalations n'étaient poussées que jusqu'à l'assoupissement ; elles dissipaient les mouvements convulsifs, et le malade pouvait se livrer au sommeil jusqu'au matin. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, à l'iodure de potassium, déjà prescrit, on ajoute les préparations mercurielles. Sous l'influence de ce traitement et des inhalations du chloroforme,

répétées pendant sept jours, les douleurs diminuent, puis elles disparaissent, ainsi que les convulsions.

Lors de l'admission du malade à l'hôpital du Midi, le chancre était cicatrisé. Il présentait une adénopathie bi-inguinale très-légère, un ganglion cervical postérieur peu marqué, de l'alopécie, une syphilide papuleuse, à la période de desquammation, et un léger érythème guttural. Il n'éprouvait plus de douleurs, si ce n'est de bien faibles dans l'épaule droite. Il n'avait plus de convulsions ; en un mot, les manifestations syphilitiques se trouvaient en pleine décroissance. — Sublimé corrosif, un demi-centigramme, en deux pilules. Le 25 juillet, il n'y a plus de trace de syphilide ; les ganglions lymphatiques sont revenus à leur état normal. Mais le 12 août, le malade est pris de douleurs céphaliques nocturnes, accompagnées de bourdonnements d'oreilles, et quatre jours après, il se manifeste une éruption de syphilides pustuleuses, varioliformes. 5 centigrammes de sublimé en deux pilules. Le 20 août, les symptômes signalés persistent, malgré l'augmentation du bichlorure de mercure, que l'on remplace par le proto-iodure, à la dose de 5, puis de 10 et de 15 centigrammes par jour. Ce traitement fût continué régulièrement. Il influençait heureusement l'affection, lorsque le 10 septembre une stomatite mercurielle obligea de le suspendre. Cette stomatite céda aux purgatifs, à la limonade citrique et aux gargarismes, préparés avec de l'acide chlorhydrique. Le 18 septembre, le malade reprend son proto-iodure, à la dose de 10 centigrammes par jour. Le 8 novembre il sort sur sa demande, après disparition de toutes les manifestations syphilitiques. Il lui est conseillé de continuer son traitement.

Réflexions. — Les convulsions survenues pour la première fois chez ce malade, sous l'influence de la syphilis constitutionnelle, ont précédé de quelques jours, ainsi qu'on l'a vu, l'apparition de l'exanthème. Étaient-elles déterminées par les douleurs ou bien, de même que celles-ci, reconnaissaient-elles pour cause une manière d'être du système nerveux? S'il est vrai qu'on rencontre des sujets en proie à des douleurs excessivement violentes,

sans que pour cela ils soient agités par des convulsions, on sait néanmoins que l'individualité et l'aptitude du malade jouent un grand rôle à propos des accidents nerveux en général, et des mouvements spasmodiques en particulier. C'est ainsi que nous avons vu, l'été dernier, une véritable attaque d'hystérie, avec larmes, cris et sanglots, développée pour la première fois chez un homme, immédiatement après une douche froide d'une minute de durée; douche qu'il avait reçue sur l'épine vertébrale pour une paraplégie commençante.

En effet, la plus légère circonstance peut donner naissance à une explosion de phénomènes nerveux chez certaines personnes, et surtout chez des femmes ou chez des hommes d'une grande impressionnabilité nerveuse.

Cette observation se rapproche de celle du docteur Tizzoni, laquelle nous paraît beaucoup trop remarquable pour que nous négligions d'en relater ici un résumé succinct.

Observation L. — *Contractions spasmodiques des membres. — Diminution de la motilité. — Douleurs nocturnes. — Syphilis constitutionnelle. — Iodure de potassium. — Guérison* (1).

Un jeune homme de 27 ans, né de parents sains, et qui avait toujours joui d'une santé parfaite, fut atteint d'une blennorrhagie opiniâtre, qu'il traita par le copahu. L'écoulement durait depuis deux mois, lorsqu'il s'aperçut qu'il existait, à l'intérieur de l'urèthre, un point douloureux d'où sortait du pus mélangé de sang.

S'étant alors adressé à un médecin, celui-ci diagnostiqua un chancre de l'urèthre, qu'il cautérisa à plusieurs reprises avec du nitrate d'argent. Quatre mois plus tard, des ulcérations se développèrent au palais et sur les amygdales, en même temps

(1) *Annales de la peau et de la syphilis*, année 1852, par M. A. Cazenave.

qu'une éruption pustuleuse très-abondante se manifesta sur toute la surface du corps. Un traitement mercuriel, continué pendant deux mois, fit justice de tous ces accidents. Mais quelque temps après, le malade fut pris d'un malaise général, accompagné d'une torpeur dans les mouvements de l'avant-bras et de la main. Des fourmillements avec douleurs sourdes s'étaient manifestés en même temps, aux deux membres supérieurs. Ces symptômes ayant augmenté d'intensité, le malade fut pris de douleurs nocturnes intenses, avec des contractions spasmodiques de tous les fléchisseurs de l'avant-bras. Peu de temps après, semblables accidents se produisent aux membres inférieurs. Les médecins consultés à cette époque ne furent nullement d'accord sur le diagnostic, ni sur le traitement à suivre : pour les uns, il s'agissait d'une lésion inflammatoire de la moelle, et le malade fut en conséquence soumis à un traitement antiphlogistique; pour les autres, l'affection était de nature purement rhumatismale; ils eurent recours à l'opium, à la morphine et au sulfate de quinine. Ces divers moyens ayant échoué, un autre médecin prescrivit les mercuriaux dont l'usage fut suivi de bons effets. Mais il fallut les discontinuer au bout de seize jours, une salivation abondante étant survenue.

Un mois plus tard, le malade se trouvait dans un état de mélancolie profonde; les poils de la barbe tombaient, ainsi que les cheveux; les fléchissures de l'avant-bras et de la jambe, des deux côtés, étaient le siége de contractions spasmodiques, accompagnées de douleurs très-vives, qui s'exaspéraient le soir, de manière à priver le malade de tout sommeil. Vers le matin ces accidents disparaissaient, pour céder la place à un engourdissement prononcé. Malgré son affaiblissement, le malade sortait de son lit et pouvait se promener dans sa chambre.

Ayant diagnostiqué une affection syphilitique, Tizzoni prescrivit l'iodure de potassium, successivement, à la dose de 50 et de 75 centigrammes, pour arriver plus tard à 1^{gr},50 par jour.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration fut rapide; elle commença dès le huitième jour de son institution, et quinze jours après, les contractions avaient cédé, les douleurs diminuèrent promptement, le sommeil revint, la marche devint plus facile, la gaieté même du malade reparut

Encouragé par ces résultats, le médecin porta la dose de l'iodure à 2 grammes par jour. La guérison fut complète au bout d'un mois. Le malade continua, pendant quelque temps encore, à prendre de l'iodure de potassium, par précaution. Six mois après la cessation de tous les symptômes, une lettre du malade informait son médecin que la guérison ne s'était pas démentie.

Réflexions. — Cette observation, très-intéressante d'ailleurs, manque malheureusement de détails. On ne sait, en effet, si la colonne vertébrale était le siége de quelque douleur; si la sensibilité tactile était conservée; si le malade percevait l'impression du calorique; de quelle manière s'accomplissait la progression; enfin, bien que le silence de l'auteur soit, iusqu'à un certain point, la preuve de la non-existence de ces accidents, l'esprit du lecteur eût été bien plus satisfait, si l'absence de toute autre manifestation syphilitique (exostose, adénopathie, etc.) avait été indiquée.

Malgré ces lacunes, il est évident qu'il s'agissait ici d'une lésion troublant les fonctions de la moelle épinière. Il est permis de penser que la lésion anatomique, s'il en existait une, était située au-dessus de l'origine du plexus brachial, ainsi que les contractions spasmodiques, les douleurs, l'engourdissement, dont les membres thoraciques étaient le siége, tendent à le faire admettre.

CHAPITRE III.

D'UNE FORME SPÉCIALE DE PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE, NON D
ENCORE ET RESSEMBLANT PARFOIS A LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALI

La syphilis constitutionnelle peut déterminer une
ralysie générale du mouvement et de la sensibilité,
aberration même de l'intelligence.

Cette paralysie ressemble ainsi, à s'y méprendre,
folie paralytique ou à la paralysie générale des ali

Aux trois observations que nous possédons et que
insérons à la fin de ce chapitre, nous ajouterons le
sumé de deux autres faits que M. Richet a bien v
nous communiquer, et un sixième cas que nous de
à l'obligeance de M. Follin.

Nous donnerons une analyse très-rapide de tou
faits. La lecture des observations qui suivent, et de
flexions qui les accompagnent, édifiera, nous l'espé
le lecteur sur cette nouvelle allure que peut revê
syphilis, ce véritable Protée aux formes multiples e
apparences variées.

Chez tous ces malades, la diathèse syphilitique ex
dans toute sa puissance, ainsi que plusieurs sympt
constitutionnels nous le prouvent de la manière la
évidente.

En même temps que ces diverses manifestation
produisaient, il survint, du côté de la motilité, une
blesse progressive qui atteignit tous les muscles,
respecter ceux de la langue.

Les membres pelviens refusaient de supporter le poids du corps. Les mains, tremblantes et incertaines, ne parvenaient à s'emparer de petits objets; le malade pouvait à peine serrer la main ou tenir un verre. Parfois le pharynx et le voile du palais, paralysés, rendaient la déglutition difficile. Aussi, chez l'un de ces malades, a-t-il fallu avoir recours à l'emploi de la sonde œsophagienne, pour prévenir la mort par inanition. La parole était lente et embarrassée.

Chez Guyon, l'intelligence est restée saine; mais chez les malades dont les observations portent les n°ˢ LII, LIII et LIV, il y avait de la faiblesse intellectuelle et du délire; il en fut de même des malades de M. Richet.

Notre première malade a guéri sous l'influence des antisyphilitiques; l'artiste s'est rétabli aussi, et put reprendre son pinceau; mais il mourut quelque temps après, peut-être à cause des imprudences nouvelles qu'il avait commises et de l'interruption prématurée de son traitement.

L'autopsie a fait constater, chez certains de ces malades, une altération des méninges, qui, devenues résistantes et blanchâtres, adhéraient à la substance grise ramollie, dont une légère couche s'enlevait avec la piemère.

La grande similitude qui existe entre les symptômes éprouvés par notre première malade, et les phénomènes présentés par les sujets des n°ˢ LII et LIII, nous permet de considérer les accidents des deux derniers comme consécutifs à la syphilis constitutionnelle. L'existence de la diathèse syphilitique était patente dans le premier cas, et l'ordre de succession de ses diverses manifestations nous oblige de rattacher à cette même diathèse les phénomènes nerveux éprouvés par cette femme; ces phénomènes, si

graves en apparence, ont cédé comme par enchantement, à l'emploi des spécifiques.

M. le docteur Richet a bien voulu nous faire part de deux cas analogues qu'il lui a été donné d'observer.

Un jeune homme, offrant des signes certains de syphilis constitutionnelle, fut pris d'accidents cérébraux, consistant en une aberration intellectuelle, avec incertitude dans les mouvements. Bientôt après, survint une paralysie générale, envahissant jusqu'aux muscles de la langue et des yeux, et déterminant ainsi un grand embarras de la parole et du strabisme. Une douleur continue, et sous forme de bandeau, siégeait à la région du front. La parole, pénible d'abord, devint tout à fait impossible à la fin. La langue restait souvent pendante, sans que le malade pût la rentrer dans la bouche, et les contractures des masséters la faisaient mordre et saigner.

MM. Velpeau, Bouillaud, Ricord, Trousseau et Richet, ont vu le malade. Ils ont soupçonné une tumeur syphilitique de l'encéphale, probablement une exostose, siégeant à la selle turcique, et occasionnant ainsi une paralysie uniforme de toutes les parties du corps, sans prédominance marquée dans une région déterminée.

L'iodure de potassium et l'onguent mercuriel (employé en onctions sur des vésicatoires appliqués au sinciput), n'ont produit aucune amélioration.

La paralysie générale, augmentant de plus en plus, aurait atteint les nerfs pneumogastriques, et amené l'asphyxie. Ce jeune homme succomba en faisant, jusqu'au dernier moment, de grands efforts pour expulser les mucosités qui remplissaient la trachée et les bronches; mucosités qu'il ne parvenait pas à expectorer.

A l'autopsie, M. Richet n'a rencontré aucune tumeur, aucune lésion des parties protectrices de l'encéphale;

mais *la pie-mère était d'une structure fibreuse. Elle était épaisse, et adhérait à la substance grise de toute la surface de l'encéphale.* Elle étranglait, en quelque sorte, les cordons nerveux en les comprimant, à l'endroit où ils émergent de l'encéphale, entourés par un prolongement de cette membrane.

Selon M. Richet, la mort de ce malade serait consécutive : 1° à une paralysie générale, occasionnée par la compression que subissait le cerveau enveloppé d'une membrane résistante et de structure fibreuse; 2° à une paralysie des nerfs crâniens, déterminée par cette même membrane qui les étranglait, à leur naissance, et empêchait ainsi la circulation du fluide nerveux. En un mot, dans les cas de ce genre, la mort serait déterminée, selon M. Richet (si nous avons bien saisi sa pensée), par une inertie du cerveau, resserré par la *pie-mère devenue fibreuse.*

Quelque temps après, M. Richet rencontra, chez une femme admise dans son service, à l'hôpital de Lourcine, des phénomènes en tout pareils à ceux présentés par ce jeune homme. Cette femme était également affectée de syphilis constitutionnelle.

Mis en éveil par son premier malade, ce chirurgien diagnostiqua des lésions semblables à celles qu'il avait constatées précédemment, par l'autopsie, chez le jeune homme dont nous venons de parler. Le traitement spécifique ne fut d'aucune utilité. La nécropsie donna raison au diagnostic posé par cet habile chirurgien.

Enfin, chez un troisième malade atteint également de syphilis constitutionnelle, et qui éprouvait les mêmes accidents cérébraux que les précédents, M. le docteur Richet eut le bonheur d'obtenir une guérison radicale, grâce à l'iodure de potassium.

Nous avons été très-heureux de voir, dans le remarquable ouvrage de M. le docteur Melchior Robert (1), publié plus de deux ans après que notre travail a été déposé à l'Académie, que ce syphilologue distingué admet aussi la démence paralytique ou la paralysie générale, consécutive à la syphilis. Notre confrère fut, de son côté, conduit à ce résultat par l'étude des malades, bien qu'il n'ait jamais eu l'occasion de confirmer son opinion par la nécropsie. Les observations n°s XXIX et XXX de son traité sont intéressantes, autant à cause de la persistance de la diathèse, que pour les nombreux accidents cérébraux, qui ont reculé progressivement devant les spécifiques. Nous regrettons qu'une omission importante ait été commise, dans l'histoire de ces malades. En effet, l'âge des sujets n'est point noté. Or, il nous semble que l'existence de la paralysie générale, de cause syphilitique, sera d'autant plus facilement prouvée et admise, que les sujets atteints seront plus jeunes; car, lorsque les malades sont arrivés à un certain âge, la paralysie générale peut se développer spontanément ou sous l'influence de causes qui nous échappent, et il n'est pas nécessaire d'avoir recours à la syphilis pour expliquer sa production.

Les observations qui suivent mettent en évidence la variété morbide que nous venons de décrire.

OBSERVATION LI. — *Syphilis constitutionnelle. — Paralysie générale avec embarras de la parole; dysphagie; surdité, etc. — Proto-iodure de mercure et iodure de potassium. — Guérison.*

La nommée L.., G..., domestique, âgée de 23 ans, entre à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, n° 20, dans le service de Valleix, le 26 décembre de l'année 1853, pendant que j'y étais attaché comme interne. Elle n'est pas mariée; elle n'a jamais

(1) *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1861.

eu d'enfants; elle est d'une bonne santé habituelle; elle n'a jamais eu d'affection nerveuse; pas même de convulsions pendant son enfance. Rien à noter du côté de sa famille. Les règles sont venues à 18 ans; leur durée habituelle est de trois à quatre jours. Elles sont supprimées depuis quatre mois. Elle n'a jamais eu d'accès hystériques, ni hystériformes; pas de sentiment de boule hystérique, pas d'oppression thoracique, pas de gonflement de l'estomac par des gaz, pas d'impatiences nerveuses, etc.

A la fin d'août, il y a par conséquent quatre mois environ, elle a éprouvé des symptômes généraux, tels que de la courbature, du malaise, de la fièvre avec maux de tête et douleurs contusives dans les membres. Ces symptômes duraient depuis quinze jours, lorsqu'il lui est survenu une éruption cutanée, boutonneuse sans démangeaison, ne siégeant que sur le tronc et les membres. Ces boutons se sont effacés, après avoir duré une vingtaine de jours, environ; mais une nouvelle poussée de pustules, plus volumineuses et plus abondantes, a bientôt envahi tout le corps; la malade souffrait en même temps de la tête et ressentait des douleurs dans les os des membres, principalement la nuit. Elle eut quelques ganglions cervicaux engorgés, et un peu de mal de gorge; enfin il survint une surdité très-prononcée. G... ne fit aucune attention à tous ces accidents et ne consulta personne.

Pendant le mois d'octobre, de nouveaux phénomènes, plus graves que les précédents, ont effrayé la malade, qui se fit recevoir à l'hôpital Beaujon. Elle ignore le nom du chef de service, aux soins duquel elle s'est confiée. Voici à peu près dans quel état elle se trouvait à cette époque. Elle avait de nombreuses taches brunes, sur différentes parties du corps; elle souffrait beaucoup de la tête, toutes les nuits; elle était un peu sourde des deux côtés; sa vue était un peu affaiblie; G... voyait trouble des deux yeux et comme à travers un brouillard. La marche s'exécutait aussi péniblement, les deux jambes traînaient; les membres inférieurs étaient souvent engourdis; la malade y éprouvait des fourmillements, ainsi qu'aux membres supérieurs; elle ne sentait pas bien le parquet, pendant la marche et parfois ses genoux fléchissaient. La peau explorée fut trouvée sensible partout. On n'y a

pas rencontré non plus de points douloureux, ou hypéresthésiques. Le toucher et le goût étaient dans l'état normal. La parole était difficile, embarrassée, incompréhensible. Souvent, pendant la déglutition, les boissons lui revenaient par le nez; néanmoins, il n'y avait aucune déviation des traits de la face; les paupières se fermaient bien ; pas de faiblesse de la motilité plus prononcée dans une moitié du corps ou dans un seul membre, mais paralysie générale incomplète.

A Beaujon on diagnostiqua une affection syphilitique et on soumit la malade au proto-iodure de mercure et à l'iodure de potassium. Telle fut l'heureuse influence de ce traitement que, vingt jours après son institution, tous les symptômes ont notablement diminué ; les maux de tête avaient presque disparu ; la parole et la vue étaient presque revenues à l'état normal, de sorte qu'on pouvait comprendre la malade quand elle parlait ; les jambes avaient recouvré en partie leur force. Après un mois de séjour à l'hôpital, elle en sortit à cause du choléra, qui y sévissait avec violence. Bien qu'on lui eût recommandé de continuer son traitement, elle a tout cessé immédiatement après sa sortie. Aussi, le 26 décembre 1853, son état s'étant aggravé de nouveau, la malade se fait recevoir à la Pitié. Elle est d'un embonpoint peu prononcé; elle a peu de couleurs; mais les muqueuses ne sont que peu décolorées. Pas de bruit de souffle vasculaire, pas de symptômes hystériques. Les membres inférieurs sont faibles ; elle peut à peine se tenir sur ses deux jambes; il lui est impossible de rester sur un seul pied. Elle ne peut marcher qu'en chancelant. En général, les mouvements des pieds et des mains sont mal assurés. Pour mettre ses pantoufles, qui lui sont très-larges, elle les prend avec la paume de la main et n'y parvient qu'avec difficulté. Elle ne peut enlever avec une main son pot de tisane, à moitié plein. Elle étend très-bien les doigts et les fléchit de même, mais elle serre très-faiblement la main. La sensibilité tactile existe partout; mais elle est émoussée aux deux membres pelviens, jusqu'aux fesses et aux aines. La sensation de la température et de la douleur est conservée. Il n'y a pas de paralysie bien plus marquée dans un membre que dans un autre. Pas de déviation de la face. Les quatre membres, notamment les jambes, sont le siége de fourmillements et de

picotements. Les facultés intellectuelles sont normales; la parole un peu tremblante et embarrassée; la vue est bonne, mais la malade est sourde des deux oreilles; elle entend continuellement des sifflements et des bourdonnements; elle avale très-bien. Les digestions sont bonnes; la miction s'accomplit bien, mais il y a toujours une grande constipation. Elle éprouve, tous les soirs, des douleurs céphaliques frontales, profondes, très-violentes. Elle porte sur le corps des taches jaunes peu foncées, dont la plupart se rencontrent sur les membres inférieurs. Valleix prescrit les mêmes médicaments qu'on avait ordonnés à la malade, pendant son séjour à l'hôpital Beaujon; deux pilules de proto-iodure de mercure, chacune de 5 centigrammes et 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Le 15 janvier, elle a, pour la première fois, une attaque épileptique (perte des facultés intellectuelles et mouvements convulsifs pendant dix minutes environ). Après l'attaque, la malade est plongée dans un état de somnolence, qui dure plusieurs heures. Le lendemain, elle est dans l'état suivant: elle éprouve des étourdissements, lorsqu'elle se met sur son séant; douleurs intenses aux régions frontale et temporale droites; les pupilles sont très-dilatées, même à la grande lumière; elle a toujours des envies de dormir et se trouve dans une semi-somnolence continuelle. Le pouls est à 100. Ventouses scarifiées à la nuque.

Le 20, la malade est un peu mieux; elle n'a plus eu d'accès épileptiformes. Tous les symptômes ont progressivement diminué et d'une manière tellement rapide, que déjà le 10 février elle peut coudre. Cependant il lui arrive quelquefois de piquer à côté de l'endroit voulu; elle serre bien la main; elle peut se lever et marcher; les douleurs de tête et les engourdissements ont disparu. Une expression d'intelligence se fait remarquer sur la physionomie de la malade; les règles sont revenues. On suspend le mercure, mais on continue l'iodure de potassium. L'amélioration a été progressive depuis cette époque. Au commencement du mois de mars, G... se lève toute la journée et aide à l'infirmière du service. Elle resta pendant plusieurs mois comme convalescente dans la salle. Sa santé s'est raffermie de plus en plus. A la fin du mois de juin, toute médication fut cessée.

Réflexions. — Cette observation nous offre un exemple de paralysie générale syphilitique, guérie par les spécifiques, en même temps que les autres manifestations de la diathèse. On ne peut attribuer à l'hystérie les accidents présentés par cette femme, qui n'en a jamais éprouvé aucun symptôme.

Cette paralysie générale, affectant tous les muscles, jusqu'à ceux de la langue, et accompagnée d'une surdité très-prononcée, en même temps que de troubles de la vision, nous embarrasse quant à la lésion qui l'occasionna. Sans rien affirmer, on peut se demander si la syphilis constitutionnelle, agissant directement sur le système nerveux, n'a pas déterminé une perturbation générale qui expliquerait mieux ces troubles multiples de l'innervation, qu'une tumeur encéphalique, sur le siége de laquelle on ne saurait se prononcer.

Une amélioration très-notable se manifesta chez G.... pendant son court séjour à Beaujon, où elle fut soumise à la médication antisyphilitique; mais, dès qu'elle a interrompu son traitement, la syphilis, prenant le dessus, fit une nouvelle explosion, plus violente que la première.

L'iodure de potassium, employé conjointement avec le mercure, amena un amendement rapide, et dissipa bientôt définitivement cet ensemble de phénomènes graves qui, n'était leur origine syphilitique, auraient suivi, probablement, une marche funeste.

Enfin la réapparition des règles, après la guérison des symptômes syphilitiques, et sous l'influence du traitement spécifique, nous confirme que l'aménorrhée qui existait chez cette malade, n'était pas occasionnée par la chlorose, mais qu'elle était sous la dépendance de la syphilis constitutionnelle.

M. Follin a bien voulu nous communiquer un cas

de paralysie générale syphilitique, en tout analogue au précédent, qu'il a observé chez un homme.

OBSERVATION LII. — *Syphilis constitutionnelle. — Paralysie générale. — Amélioration rapide par les spécifiques. — Rechute, mort. — Autopsie. — Ramollissement de la substance grise périphérique.*

M..., âgé de 55 ans, artiste peintre, d'une constitution éminemment nerveuse, mena une vie artistique, dans toute l'acception du mot. En septembre 1845, au retour d'un voyage en Orient, il donna les signes d'une exaltation cérébrale, qui fut bientôt suivie d'une attaque de paralysie très-grave : relâchement inerte des muscles de la face ; sons inarticulés; la déglutition est très-difficile; la salive s'échappe incessamment des commissures; les membres inférieurs sont très-chancelants, les supérieurs conservent leurs mouvements; mais ils sont incertains et tremblants. En même temps, M... est en proie à *une agitation maniaque.* La face est pâle; le pouls petit et fréquent. Un traitement révulsif amène une grande amélioration : retour des mouvements dans les membres, puis dans les muscles de la langue, qui cependant a toujours accusé les caractères de la paralysie générale (parole lente, traînante, avec bredouillement).

En février 1846, nouvelle attaque, plus grave que la première et à forme apoplectique bien dessinée : face vultueuse, élévation du pouls, sommeil comateux, respiration presque stertoreuse, voix articulée abolie. Traitement antiphlogistique : saignée, sangsues, purgatifs. Quelques jours après, une consultation a lieu entre MM. Leuret, Chomel et Ricord. Le résultat de cette réunion fut le suivant : la maladie offre la physionomie d'une paralysie générale à marche rapide. Néanmoins, la guérison du malade peut avoir lieu, en admettant chez lui la possibilité d'accidents cérébraux syphilitiques. Ces soupçons, émis sur la nature de la maladie, étaient justifiés par les antécédents du malade, remontant à une époque peu éloignée. En effet, M. Ricord avait donné des soins à M... pour une vérole constitutionnelle, peu après son voyage en Orient, par conséquent quelque temps avant la première atteinte de la maladie ac-

tuelle. Aussi, après délibération, on a prescrit, d'un commun accord, un traitement mixte, consistant en onctions mercurielles avec l'onguent double, et en iodure de potassium à la dose de 4 et 5 grammes par jour. A la fin d'avril, c'est-à-dire en moins de deux mois de traitement, il y eut une amélioration telle, que le malade put reprendre ses pinceaux et exécuter un paysage, où les artistes reconnaissaient sa manière et son talent.

En 1847 au mois de janvier, à la suite d'un voyage pénible, il fut atteint d'accidents abdominaux avec diarrhée abondante; puis il présenta des phénomènes nerveux, pareils à ceux déjà dissipés. Les spécifiques n'étant pas supportés, il survint une excitation cérébrale, et le malade succomba au milieu de tous ces symptômes.

Autopsie. — Ramollissement général de la substance grise; lactescence de l'arachnoïde ; coloration normale des deux substances, excepté sur leurs limites respectives, où la tranche est un peu jaune. Les origines des 7e, 9e et 10e paires crâniennes et leur trajet dans le crâne n'ont rien présenté qui soit digne d'être noté. Un peu de sérosité dans les ventricules ; œdème du corps et de la tige pituitaires. Ossification en lames de la faux de la dure-mère, dans ses deux tiers antérieurs. Les faces internes des hémisphères sont ainsi séparées dans toute cette étendue par une vraie cloison osseuse. Rien autre à signaler, malgré l'examen le plus attentif et le plus complet (1).

Réflexions. — Nous ne pouvons, qu'avec grande réserve, soupçonner la syphilis d'avoir déterminé les troubles cérébraux chez ce malade.

Cependant M... a été atteint de syphilis constitutionnelle, quelque temps avant la manifestation des accidents cérébraux. Ceux-ci, après avoir résisté aux autres moyens thérapeutiques, cèdent rapidement au mercure et à l'iodure de potassium. Enfin les phénomènes éprouvés par

(1) Cette observation nous a été communiquée, ainsi que plusieurs autres, par notre excellent confrère et ami le docteur Dumotel.

le malade ressemblent, jusqu'à un certain point, à ceux que nous ont offerts les malades dont les observations portent les nos LI, LIII et LIV. Voilà les raisons qui militent en faveur de la nature syphilitique de l'affection.

Mais, d'un autre côté, ne savons-nous pas que, dans la paralysie générale des aliénés, il y a des exacerbations et des améliorations, quelquefois subites et inattendues? C'est là même un des caractères propres de la maladie. L'autopsie a fait constater les lésions que l'on rencontre habituellement dans cette affection.

Quoi qu'il en soit, cette observation, rapprochée des deux précédentes, offre un grand intérêt. Elle nous montre les difficultés parfois insurmontables auxquelles on est en butte, lorsqu'on veut faire la juste part de la syphilis et de ses diverses coïncidences.

Observation LIII. — *Syphilis constitutionnelle en 1850. — Mariage en 1856. Enfant vérolé; mère contaminée; nourrice infectée en 1857. — Pertes de connaissance et douleurs ostéocopes, dissipées par les antisyphilitiques. — En 1858, signes de paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles. — Traitement spécifique. — Guérison presque complète. — Suspension prématurée du traitement. Rechute.*

M. Y..., âgé de 35 ans, contracte un chancre induré, en 1850. Quelques mois après, il survient des accidents secondaires du côté de la peau; bien que ces accidents ne fussent combattus par les mercuriaux que d'une manière très-irrégulière et très-incomplète, ils disparaissent néanmoins. La santé de M. Y... est excellente, depuis cette époque, et son médecin, après examen attentif, lui permet, en 1856, de se marier. Sa femme accouche d'un enfant qui, quelques jours après la naissance, se couvre de taches et de boutons cutanés, en même temps qu'il offre de nombreuses plaques muqueuses. Quoique M. Y... n'ait pas eu d'accident primitif depuis 1850, madame

Y... est elle-même infectée. Son enfant meurt après avoir communiqué la vérole à sa nourrice (?). M. Y... a présenté lui-même, il y a dix-huit mois (en 1856), et en même temps que des douleurs ostéocopes, des pertes de connaissance pareilles à des syncopes. Un traitement antisyphilitique fit tout disparaître; mais il fut bientôt suspendu, malgré les conseils du médecin.

En décembre 1858, le malade va consulter M. le docteur Follin, à qui nous devons cette observation. A cette époque, il offrait de l'hésitation, de la lenteur dans la parole, et une perte de la mémoire des mots ; il lui était impossible de rassembler ses idées; grande irritabilité; grande faiblesse générale de tous les mouvements. Cependant, les membres du côté droit étaient bien plus faibles que ceux du côté opposé : à peine pouvait-il lever une pincette avec la main droite. La jambe de ce côté traînait pendant la progression, aussi la marche était-elle difficile et pénible. Pas d'hémiplégie faciale. Aucune trace de syphilis sur le corps; pas de céphalées; aucun autre symptôme. Un confrère consulté avait soupçonné une paralysie générale et ordonna de la strychnine. M. Follin, guidé surtout par les antécédents, soumet le malade au mercure et à l'iodure de potassium. Au bout de *douze jours*, la parole devient plus nette, les idées plus précises; les mouvements en général sont plus faciles; le malade peut marcher sans traîner la jambe. Les mains ont aussi recouvré une partie de leur force. L'amélioration continua depuis cette époque, et malgré des discussions de famille et des émotions morales vives, l'état du malade s'amendait progressivement. La guérison était presque complète, lorsqu'il partit pour la campagne et négligea de continuer son traitement spécifique, malgré les conseils qui lui avaient été donnés. Quinze jours après l'interruption de la médication, les membres s'affaiblissent, la langue s'embarrasse, en un mot tous les symptômes précédemment décrits reviennent de nouveau. Le malade est encore remis, à la fin de février 1859, au traitement mixte, qu'il a déjà employé avec tant de succès. Sous son influence il se produit une nouvelle amélioration, et bientôt disparaissent tous les phénomènes signalés.

Observation LIV. — *Syphilis constitutionnelle. — Paralysie générale, ressemblant à celle des aliénés. — Mort. — Autopsie.*

L..., âgé de 24 ans, ferblantier, entre, le 8 mars 1853, à l'hôpital du Midi, salle 1re, lit n° 22, service de M. Ricord, pendant l'internat de notre regrettable collègue le docteur Dufour, qui nous y a remplacé. — Première chaudepisse, au mois d'août dernier ; elle a duré cinq mois. Depuis trois semaines environ, il s'est aperçu d'un écoulement, entre le gland et le prépuce. Il présente aujourd'hui une balanoposthite exulcéreuse intense, avec phimosis accidentel incomplet, des indurations, que l'on sent autour de la couronne du gland, une lymphangite dorsale et un engorgement ganglionnaire indolent, très-considérable, dans l'aine gauche. Pas d'exanthème à la peau ; pas de ganglions cervicaux. Le 9, deux pilules mercurielles (de 5 centigrammes de proto-iodure, chacune), amers, injections entre le gland et le prépuce, avec du nitrate d'argent en solution. Le 20, le malade pouvant découvrir le gland, on constate un chancre induré. On arrive progressivement jusqu'à 20 centigrammes de proto-iodure que l'on continue pendant quinze jours. Le 11 avril, le malade sort sur sa demande, sans avoir présenté aucune manifestation secondaire ; l'induration du chancre persiste. Il revient à l'hôpital le 15 juillet, avec des marbrures équivoques sur le tronc, d'énormes ganglions cervicaux, une calvitie syphilitique, une éruption pustuleuse superficielle du cuir chevelu et du front, des plaques acnéiformes du menton, à teinte cuivrée, des céphalées intenses nocturnes, surtout *périorbitaires* et avec un peu *d'embarras dans la vision, à droite.* L'induration du chancre persiste encore, ainsi que l'adénopathie ; on voit sur le prépuce deux petites ulcérations secondaires et des végétations naissantes. Papules granulées des ailes du nez. Depuis sa sortie, il n'a fait aucun traitement. 4 pilules mercurielles et 3 grammes de tartrate ferrico-potassique par jour. Il a continué ce traitement jusqu'au 12 août, époque à laquelle il sort, non guéri et sur sa demande. Le 16 août, il vient à la consultation de l'hôpital dans un état d'imbécillité remarquable, avec embarras dans la parole et affaiblissement général des fonctions musculaires ; il se tient

raide, et légèrement incliné sur le côté droit. Le bras droit est immobile et étendu le long du corps; l'attitude du malade est celle d'un homme affecté d'hémiplégie incomplète. Cependant, non-seulement il n'y a pas de résolution, mais le membre est un peu contracturé; le malade chancelant avait tout à fait l'aspect d'un homme ivre. Cependant il n'avait pas bu.

Lors de sa sortie, le 12 août, on n'avait remarqué aucun désordre de l'innervation, mais une intelligence paresseuse et peu développée. — 17 août. Le malade a toujours sommeillé, depuis le moment de son entrée; il est dans l'hébétude et paraît éprouver de la crainte, à l'approche de la visite. Il répond à peine, d'une manière confuse, et mal, aux questions; on ne peut obtenir aucun renseignement sur les symptômes qu'il a éprouvés. Il y a une lenteur et une raideur générale dans tous les mouvements, sans différence notable entre les diverses parties du corps. Nulle part il n'y a paralysie complète. Pouls, respiration calmes. *Traitement :* saignée, sedlitz, diète. M. Ricord soupçonne des accidents syphilitiques, de la base du crâne, avec retentissement encéphalique du voisinage. Iodure de potassium, 3 grammes, onctions mercurielles, vésicatoire au sinciput, pansé avec onguent mercuriel et onguent épispastique, *ana* parties égales. Le 19, le malade présente une contracture très-marquée du membre supérieur gauche, qui persiste en diminuant peu à peu, jusqu'au 21 au matin. Plus tard le membre offre un affaiblissement musculaire très-évident. Malgré le traitement, les jours suivants, l'état général ne s'améliore guère; la locomotion paraît se rétablir un peu, mais l'intelligence est tout aussi affaiblie. Le 27 et le 28, un peu de courbature au bras droit, avec état cérébral plus grave; perte incomplète de connaissance. Le malade est dans une sorte de coma. Le 1er septembre, il peut se lever et se promener seul; mais sa démarche est encore bien chancelante. Pendant quelque temps l'amélioration semble se soutenir, puis de nouveau le malade tombe à chaque pas et est obligé de reprendre le lit; il est absolument comme un paralytique général, pleurant ou riant quand on lui parle, ayant peur des personnes qui l'approchent. Son œil est fixe; sa parole lente et embarrassée.

Constipation. Pendant tout le mois de septembre, son état resta le même, à part une faiblesse extrême et un peu d'amaigrissement, quoiqu'il mangeât avec *gloutonnerie*. Depuis plusieurs jours il se plaignait d'insomnie, lorsque le 28 octobre, après le dîner, vers six heures du soir, il eut une perte de connaissance. Quelques heures avant, il avait la bouche déviée à gauche. Le pouls est calme et la face peu animée, pendant l'attaque. Lorsque celle-ci se dissipa, dans la nuit, le malade fut pris d'une espèce de délire; il se leva sans savoir où il allait, ni ce qu'il voulait faire. On suspend l'iodure pour ne pas trop fatiguer l'estomac. Le 29, à la visite, il est plongé dans un état de stupeur. Il pleure, si l'on veut l'en tirer. Le côté droit est en demi-résolution; la sensibilité est partout conservée; la bouche est tirée à gauche. Sedlitz, vésicatoires aux mollets. Dans la journée, il refuse de boire et *avale de travers;* pouls et respiration calmes; pas de rougeur de la face. Le 30, mêmes symptômes, moins la résolution du côté droit et la déviation de la bouche; pas de selle; le malade urine. Comme il refuse de boire, on le nourrit avec des bouillons, injectés à l'aide de la sonde œsophagienne. Le 1er novembre, même état; mucosités spumeuses, rejetées en abondance par la bouche, stupeur, pas d'agitation. Matin et soir, on le nourrit à l'aide de la sonde. — 2 novembre. Il s'est beaucoup agité pendant le cathétérisme œsophagien, et une heure après, il est tombé dans le carus; comme le 28 octobre, la bouche est écumeuse, pas de convulsions, pupilles normales, respiration stertoreuse; cet état dure toute la nuit; le matin, il survient des convulsions toniques, une rigidité des membres, avec pronation forcée des avant-bras, et enfin la mort.

Autopsie. — Aucune lésion des viscères; le foie, la rate, les reins, les poumons, le cœur, la vessie, la trachée et les bronches sont vivement congestionnés. Rien à l'arrière-gorge, à l'entrée du larynx, ni à la paroi postérieure du pharynx. Le cerveau est en contact parfait avec la dure-mère; pas de liquide céphalo-rachidien sous l'arachnoïde viscérale. La pie-mère de la convexité de l'encéphale est vivement injectée, mais lisse et sans aucune exsudation; les circonvolutions sont légèrement aplaties. Le cerveau enlevé nous montre qu'il existe un ramol-

lissement général assez marqué et surtout des parties blanches centrales, de la voûte à trois piliers, du corps calleux, des parois ventriculaires et de la moelle allongée, à sa partie antérieure. Un peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules. Piqueté général et en particulier de la substance grise périphérique, qui est ramollie et se détache, en plusieurs points, avec la pie-mère des circonvolutions. Nulle part on ne voit la trace d'une tumeur. Les os sont à l'état normal. M. Personne a analysé la moitié du cerveau, sur la demande de M. Ricord. Il n'y a pas trouvé la moindre trace de mercure.

Réflexions. — On trouve, chez le malade dont l'histoire précède, tous les symptômes d'une folie paralytique ou d'une paralysie générale des aliénés. En effet, troubles de la motilité, fugaces et variés, consistant tantôt en des paralysies, tantôt en des contractures passagères; marche chancelante; parole embarrassée; aspect d'homme ivre; attaques épileptiformes; difficulté d'avaler, nécessitant l'intervention de la sonde, etc.; troubles de l'intelligence; hébétude, imbécillité, rires et pleurs alternatifs et non motivés, etc.; enfin il a présenté les signes cadavériques, je ne dis pas pathognomoniques, mais qu'on rencontre très-fréquemment chez les aliénés paralytiques, savoir : l'injection des méninges, l'injection et le ramollissement surtout de la substance grise périphérique, qui était adhérente à la pie-mère.

Mais cette affection était-elle bien le résultat de la vérole? Était-elle consécutive à l'infection syphilitique? Tout ce qu'on peut affirmer, c'est qu'elle existait en même temps que la diathèse syphilitique évidente et non combattue régulièrement.

Pour être autorisé à rattacher cette paralysie à la syphilis, il faudrait posséder de nombreuses observations pareilles, qui permettraient alors de conclure. Je ferai

seulement remarquer que, chez ce malade, il existait, à part les troubles de l'intelligence, presque tous les symptômes que nous a présentés la femme de l'observation n° LI, chez laquelle la paralysie générale était très-certainement syphilitique, du moins autant qu'il est possible d'en juger par le début, par la marche de l'affection, et surtout par sa guérison, à l'aide des antisyphilitiques.

Observation LV. — *Syphilis constitutionnelle. — Chancre en 1830 ; en 1854, début de paralysie générale. — Mort. — Autopsie. — Tumeur de l'encéphale, offrant les caractères des produits de la syphilis. — Ramollissement de la substance grise périphérique.*

F..., bandagiste, âgé de 51 ans, est entré, le 29 janvier 1855, à l'asile de Bicêtre, n° 14, troisième salle, service de M. Moreau, pendant l'internat, auprès de ce savant aliéniste, de notre excellent ami le docteur B. Boll, qui a recueilli cette observation.

Cet homme, d'une taille moyenne et d'un assez fort embonpoint, a les cheveux grisonnants, les yeux gris, le teint coloré, la barbe assez abondante. Son père est mort d'apoplexie, sa mère a succombé, à un âge assez avancé, à une affection sur laquelle il ne peut fournir aucun détail précis. D'une manière générale, il jouissait d'une bonne santé; il a, depuis longtemps, l'habitude des excès alcooliques. A 21 ans, il eut un *chancre induré*, à la couronne du gland ; il consulta un médecin, qui lui fit prendre des pilules, dont il ignore la composition. Trois mois plus tard, il survint une éruption, qui dura trois ou quatre semaines, et disparut à la suite de quelques bains. Il n'a jamais éprouvé aucun symptôme spécifique depuis ; mais il y a près de vingt ans qu'il a commencé à éprouver des congestions cérébrales de plus en plus fréquentes à mesure qu'il avançait en âge. Il y a plus d'un an, qu'un affaiblissement marqué des membres inférieurs a forcé le malade à solliciter son admission dans les hôpitaux. Il y a fait plusieurs séjours depuis cette époque, et en dernier lieu, à l'hôpital de Lariboisière, d'où il a été transféré à Bicêtre. Les facultés intellec-

tuelles paraissent, au premier abord, bien conservées; mais on ne tarde pas à s'apercevoir que la mémoire a perdu sa précision. Les réponses sont brèves, mais assez raisonnables ; et de quelque façon qu'on l'interroge, il ne présente aucune trace de délire. Il existe un excès très-marqué de sensibilité, et souvent le malade pleure, sans pouvoir indiquer le motif de son chagrin; les sens paraissent bien conservés; les pupilles sont contractées, surtout à gauche. La sensibilité tactile est fort émoussée; la contraction musculaire est peu énergique; le malade chancelle en marchant. La parole, lente et confuse, est accompagnée d'une sputation continuelle et d'un tremblement des lèvres qui se communique à une grande partie de la face. Le pouls est calme et régulier. Le malade a bon appétit; les digestions se font régulièrement; il va tous les jours à la selle. On prescrit : bicarbonate de soude (2 grammes dans une potion), quatre portions alimentaires. Le 1er février, le malade est dans le même état, mais on a reconnu qu'il ne pouvait pas retenir ses matières fécales et qu'il allait sous lui. Le 10 février, le malade va un peu mieux ; il a pu se promener dans la salle et n'a plus eu, depuis quelques jours, de déjections involontaires. Cette amélioration ne s'est pas longtemps prolongée. Quelques jours plus tard, le malade a repris le lit pour ne plus le quitter. Depuis cette époque, il s'est progressivement affaibli, sans présenter de nouveaux symptômes et sans manifester *aucun délire ambitieux*. Le 13 février 1856, le malade présente un état légèrement fébrile du pouls (80 puls.), avec chaleur halitueuse à la peau. L'appétit est toujours bon; il mange avec plaisir, mais la mastication est d'une lenteur extrême; il lui faut plusieurs minutes pour disposer d'une simple bouchée de pain. La déglutition des liquides est encore plus gênée, à cause de la difficulté qu'il éprouve à fermer la bouche, qui dans son état habituel reste béante. L'intelligence paraît conservée; car, lorsqu'on adresse une question au malade, il paraît la comprendre et s'efforce d'y répondre; mais les réponses elles-mêmes sont presque inintelligibles, à cause de la difficulté qu'il éprouve à former des sons articulés. Il tire néanmoins assez bien la langue hors de la bouche. Les membres inférieurs et supérieurs conservent encore la faculté de se mouvoir; le malade sort assez

cilement les jambes hors du lit. X... prend assez volontiers du tabac, mais il en laisse tomber la plus grande partie, après l'avoir humé lentement. On le voit, à chaque instant, pleurer sans motif apparent et sans verser de larmes, à la manière des sujets atteints de ramollissement cérébral. Le 15 avril, l'affaiblissement du malade n'a pas cessé, un seul instant, de faire de nouveaux progrès. On constate aujourd'hui une hémiplégie avec contracture à gauche ; le membre inférieur de ce côté, demi-fléchi et renversé sur l'autre, est dans l'impossibilité de se mouvoir. La sensibilité est d'ailleurs conservée; car lorsqu'on pince le malade, le membre droit remue ; on dirait que les sensations perçues à gauche retentissent à droite pour y produire des mouvements. Les mêmes phénomènes se reproduisent, mais un peu moins caractérisés, pour le bras gauche. La maigreur du sujet est extrême. Depuis longtemps, il demeure couché sur le côté droit, le corps décrivant un arc de cercle, la tête déjetée de côté; il lui serait impossible de changer de position.

Le 22 mai, l'état du malade s'est subitement aggravé. Des symptômes de compression cérébrale viennent de se manifester. Incapable de parler, il demeure dans un état de demi-somnolence, dont on ne le tire que péniblement; il paraît encore comprendre les questions qui lui sont adressées, sans pouvoir y répondre. Le malade ayant succombé le lendemain, à trois heures de l'après-midi, l'autopsie a eu lieu le 24 mai. A l'inspection extérieure du cadavre, on constate une déviation latérale gauche de la colonne vertébrale ; à la région dorsale, il existe une saillie latérale à gauche, une dépression à droite. La tête est inclinée à droite et ne peut pas être maintenue dans une position contraire. Les membres inférieurs sont amaigris et contractés, le gauche surtout. A l'ouverture du crâne, l'encéphale paraît d'un assez petit volume; il n'existe aucune adhérence de la dure-mère aux parois crâniennes. Cette membrane est d'ailleurs fortement injectée et parcourue par des arborisations vasculaires. A l'incision de la dure-mère, il s'écoule une quantité très-considérable de sérosité. La pie-mère est le siége d'une injection très-vive, elle présente des adhérences avec la substance grise des circonvolutions de la convexité des lobes frontaux, plus particulièrement à droite. C'est

aussi en ce point que l'injection vasculaire est le plus caractérisée. Aux lobes postérieurs, sur les parties latérales, à la base du cerveau, il existe une injection assez marquée, mais point d'adhérences. La masse encéphalique est ramollie dans toute son étendue, plus particulièrement dans les lobes antérieurs. Les ventricules latéraux contiennent une quantité énorme de sérosité. A la partie la plus antérieure du lobe frontal droit, sur un point très-rapproché de la ligne médiane, il existe une tumeur du volume d'une grosse noix, arrondie, blanche, non pédiculée, ayant la consistance de la matière encéphalique, à laquelle elle ressemble sous tous les rapports. Elle est contenue dans une cavité tapissée par une couche, extrêmement mince, de substance grise. A la surface de la tumeur, on observe des arborisations vasculaires très-déliées et en assez grand nombre. Une mince membrane semble en envelopper la superficie; à la coupe, elle présente un tissu d'une blancheur laiteuse, dur, lardacé, criant sous le scalpel, offrant, sur tous les points de son étendue, une structure parfaitement homogène. La pression en fait sortir un suc laiteux très-abondant. Examinée au microscope, cette tumeur est exclusivement composée d'*éléments fibro-plastiques* (cellules fusiformes et noyaux), avec une faible proportion de globules graisseux, ressemblant à des gouttes d'huile. L'ouverture du thorax ne révèle aucun trouble dans les organes sus-diaphragmatiques; les poumons sont sains. Il existe dans le péricarde une quantité considérable de sérosité; les parois du cœur, qui est assez volumineux, sont flasques et molles, mais sans trace aucune d'altérations organiques. L'estomac est distendu par des gaz. Sur quelques points, la muqueuse offre des traces de ramollissement. Les intestins n'ont pas été examinés; la rate et les reins sont dans leur état normal. Le foie est très-volumineux, bosselé à la surface et d'une teinte plus jaune qu'à l'état normal.

Réflexions. — Si l'on doit attacher une grande importance aux recherches microscopiques, ce malade a péri, selon toutes les probabilités, de la syphilis qu'il avait contractée vingt ans auparavant. Il présenta, en effet, à cette époque, des signes évidents de la diathèse.

Si aucun accident n'est venu depuis trahir la persistance de l'affection, il n'y a là rien qui nous autorise à écarter la syphilis, lorsqu'on cherche à se rendre compte de l'étiologie de la maladie qui emporta X... N'avons-nous pas rencontré, maintes fois dans le courant de cet ouvrage, des rémissions excessivement prolongées, entre les diverses explosions des accidents diathésiques?

Il faut cependant demander au microscope à quel signe on doit reconnaître le fibro-plastique de la syphilis, et le distinguer du fibro-plastique qu'on peut appeler *vulgaire*. Car tout tissu fibro-plastique ne doit pas être considéré comme étant sous la dépendance de la vérole (1).

Ainsi chez ce malade il y a bien eu diathèse syphilitique; plus tard, des phénomènes encéphaliques, en tout identiques à ceux de la paralysie générale des aliénés, déterminent la mort; l'autopsie fait constater la présence d'une tumeur que le microscope qualifie de fibro-plastique. Mais celle-ci était-elle bien la conséquence de la syphilis? ou bien tout simplement une paralysie générale s'est-elle développée chez un malade ayant eu à souffrir autrefois de la syphilis? Les cas en notre possession sont beaucoup trop peu nombreux pour que nous concluions. Nous insistons sur les faits de cette nature pour appeler d'autres recherches qui trancheraient plus la question que nous ne pouvons le faire

(1) Virchow, qui semble contester l'autorité du microscope pour reconnaître la nature syphilitique d'un tissu, puisqu'il a trouvé les mêmes éléments dans d'autres parties que les tumeurs syphilitiques, dit néanmoins que dans la vérole le tissu *spécial* est le même à l'induration du chancre et à la gomme. Il paraît donc admettre un tissu spécial. Quant au mot *néoplasie*, dont il se sert, ne signifie-t-il pas tissu de nouvelle formation et n'est-il pas alors synonyme de fibro-plastique? (*La Syphilis constitutionnelle.*)

aujourd'hui. La médication spécifique n'a pas été employée dans le cas présent. De sorte qu'il nous a manqué un précieux élément de diagnostic, qui nous aurait aidé, jusqu'à un certain point, à résoudre l'important problème de pathogénie, chez ce malade.

QUATRIÈME PARTIE.

DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DUS A LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE.

CHAPITRE I.

DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE.

Les nerfs conducteurs des impressions peuvent subir, outre les névralgies, que nous avons déjà décrites, des troubles dans leurs fonctions de transmissibilité, troubles consécutifs à une lésion syphilitique, qui intercepte ainsi la libre communication entre une partie de l'organisme et le sensorium commun.

De même que, dans les espèces morbides qui précèdent, il est rare de trouver des malades ne présentant qu'un seul symptôme nerveux pour toute manifestation diathésique; de même nous n'avons jamais vu qu'un syphilitique soit affecté d'une paralysie, limitée uniquement au sentiment.

C'est ainsi que plusieurs de nos malades ont offert, en même temps que d'autres symptômes prédominants, qui ont servi à les classer ailleurs, soit une paralysie du sens du tact, soit une perte de l'impressionnabilité à la température, etc. D'autres, atteints d'une paralysie du mouvement, avaient en même temps la sensibilité plus ou moins obtuse. On a vu que plusieurs de nos hémiplégiques et quelques-uns de nos paraplégiques avaient les

mêmes parties de l'organisme également affectées, sous le rapport de la motilité et de la sensibilité tactile.

L'étude du sentiment, dont nous allons principalement nous occuper ici, comprend celle du toucher, de l'appréciation de la température, de la coordination des mouvements et de la conscience musculaire ; cette dernière consiste dans la propriété qui nous rend compte de la position occupée par nos membres.

Il résulte de la lecture de plusieurs des observations précédentes que les malades peuvent perdre, en même temps que leur impressionnabilité au contact, quelques-unes de leurs autres facultés sensitives.

A propos de la perte du sens du toucher, nous rappellerons l'observation XXXIV ; chez ce malade il existait, outre la paraplégie, une paralysie *du nerf mentonnier*: il éprouvait, en effet, quand il buvait, la sensation du verre cassé, si bien décrite par Bérard.

L'observation LVII nous fournit un exemple de paralysie du nerf trijumeau, et par conséquent d'insensibilité au contact de toutes les parties qui en sont animées, même de la conjonctive oculaire.

Le malade de l'observation LVI avait la peau des membres et du tronc tout entier dans un état d'anesthésie complète ; les téguments n'avaient conservé leur sensibilité normale qu'à la tête.

Dans les observations XLII et XLIV, des tumeurs gommeuses, comprimant le nerf cubital, déterminaient des fourmillements, une diminution de la motilité, des douleurs névralgiques, et de l'insensibilité de la peau de la face interne de l'avant-bras et des deux derniers doigts.

Chez la malade de l'observation XLIII, nous avons eu à insister sur la perte fort remarquable de la conscience musculaire.

Enfin, un curieux exemple d'analgésie nous est offert par le malade de l'observation LVI. Chez lui, l'application de la pâte de Vienne n'a déterminé aucune sensation douloureuse ou tactile. Cependant la sensibilité à la température était conservée. Tous ces points intéressants sont mis en relief, dans l'histoire détaillée de chacun de nos malades. La lecture de nos observations offrira donc beaucoup plus d'intérêt que les généralités que nous pourrions présenter ici, sur ces divers phénomènes.

OBSERVATION LVI. — *Plusieurs affections vénériennes antérieures. En 1847, éruption, coryza, strabisme syphilitiques; douleurs des membres pelviens sous forme d'accès; iodure de potassium; guérison. En 1856, récidive des douleurs; anesthésie cutanée et analgésie envahissant tout le corps, excepté la tête; paraplégie, pas de traitement spécifique; état de plus en plus grave en 1858, iodure de potassium; amélioration; suspension de traitement; rechute; reprise du traitement; amélioration très-notable; perte de la conscience musculaire, conservation de l'impressionnabilité à la température.*

M. X..., âgé de 49 ans, employé de bureau, nous donne, sur ses antécédents, les renseignements suivants. Sa mère était sujette à des migraines fréquentes; son père, qui vit encore, jouit d'une bonne santé; en un mot il n'y a rien à noter du côté de sa famille. Sujet lui-même à la migraine, il n'a jamais eu de maladie sérieuse, en dehors de celle qui existe en ce moment, et n'a jamais commis aucun genre d'excès. A l'âge de 27 et de 28 ans, il eut plusieurs uréthrites sans aucun accident consécutif. En 1842, il eut un chancre qui se cicatrisa au bout d'un mois. Il consulta Cullerier, l'oncle, qui lui prescrivit des frictions, avec l'onguent mercuriel, sur les deux cuisses; ce qu'il continua pendant un mois. Depuis 1842 jusqu'en 1847, il n'éprouva aucun accident; mais à cette époque, une éruption sèche avec desquammation se montra à la face interne de la cuisse droite, au-dessus de sa partie moyenne. Elle était formée par des taches elliptiques, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, d'abord violacées, puis brunâtres et

n'occasionnant aucune démangeaison ; le centre de ces taches était constitué par de la peau conservant son état normal. Les deux cuisses étaient, à des intervalles irréguliers, le siége de fourmillements douloureux, sans engourdissement ; il semblait au malade qu'on y plongeait une multitude d'aiguilles ; néanmoins il n'existait aucun affaiblissement des membres. Un mois plus tard, il commença à éprouver des douleurs vagues, revenant d'abord tous les quinze jours environ, mais qui sont devenues de plus en plus fréquentes. La durée de l'accès était de trois à quatre heures ; pendant cet espace de temps la douleur ne changeait pas de place, quitte à se reproduire sur un autre point à la prochaine attaque. Vers la même époque, il lui survint un coryza qui persista plusieurs mois, et un strabisme interne de l'œil droit. Un médecin consulté soumit le malade à l'iodure de potassium, à la dose de 5 grammes par jour ; au bout de quelques mois de traitement, l'éruption et le coryza disparurent, ainsi que les douleurs des membres pelviens, mais le strabisme persista quoique à un très-léger degré. Après avoir joui, pendant plusieurs années, d'une bonne santé, le malade fut pris d'une insomnie opiniâtre. Il survint en même temps de la toux, avec altération du timbre de la voix, qui s'éteignit presque complétement plus tard. Cette aphonie dura pendant plus d'un mois et céda également à l'iodure de potassium.

En 1855, au mois de janvier, il éprouva une douleur, limitée au petit doigt gauche et qui a débuté par une sensation que le malade compara à la secousse électrique. Des douleurs intermittentes revenaient toutes les secondes environ ; elles s'étendaient du petit doigt jusqu'au poignet. La *crise*, pour nous servir de l'expression du malade, fut de douze heures : consécutivement à ses douleurs, ou à cette crise, il resta une perte de sensibilité, limitée d'abord au petit doigt et au côté interne de la main, jusqu'à l'articulation radio-carpienne, mais qui gagna ensuite tout le membre, progressivement. La motilité était cependant conservée. Ces crises douloureuses revenaient tous les quinze ou vingt jours et d'une manière très-variable, quant à l'heure.

En mars 1856, il perdit la sensibilité de la plante du pied gauche ; il n'a pas remarqué que cet accident ait coïncidé

avec un accès de douleur; lorsqu'il posait le pied à terre, il lui semblait que le parquet s'enfonçait; il croyait marcher sur un matelas. Depuis le mois de mars, l'insensibilité s'est étendue de bas en haut et elle finit par envahir la totalité du membre pelvien. Les douleurs se faisaient sentir tantôt dans le membre thoracique, tantôt dans le membre pelvien, en changeant de siége chaque fois. Avant l'accès, il n'éprouvait rien du côté des sens. Jamais il ne perdit connaissance. Pendant l'été de 1856, il était faible et apathique. La tête était fatiguée, comme engourdie; il avait de la tendance à garder toujours le lit. Ses accès douloureux se répétaient plus fréquemment, tous les huit ou dix jours. Il commença en même temps à boiter, le membre pelvien gauche étant incomparablement plus faible que le droit. Depuis cette rechute il ne s'était adressé à aucun médecin, malgré les progrès effrayants de la maladie; ce n'est qu'en septembre, qu'il se décida à prendre un avis médical; il lui fut uniquement conseillé de prendre des douches froides; ce qui produisit une légère amélioration. En octobre, et dans l'espace de quarante-huit heures, les membres pelviens et thoraciques furent complétement paralysés du sentiment, mais non du mouvement. La miction et la défécation sont restées normales. C'est à la fin de ce même mois qu'une consultation eut lieu entre MM. Rostan et Cusco, qui ordonnèrent des fumigations cinabrées. Quelque temps après, il entra à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Hardy, où il prit des fumigations aromatiques, des bains sulfureux, et à l'intérieur, de la noix vomique et plus tard de la belladone. Il en sortit en juillet 1857, après y être resté pendant huit mois. Peu de temps après avoir quitté l'hôpital Saint-Louis, il eut le sentiment de ceinture diaphragmatique; « les parois abdominales l'empêchaient de respirer, « en le serrant comme une sangle, » suivant ses propres expressions. D'après le conseil d'un médecin, il alla à Plombières, où il resta deux mois, allant de plus en plus mal. Revenu à Paris, il se fit électriser par M. Duchenne. L'électrisation lui fit du bien : immédiatement après chaque séance, il pouvait marcher, en s'aidant d'une canne; mais s'il négligeait un seul jour de se faire électriser, la marche redevenait très-pénible; de sorte que les bons effets de ce traitement n'étaient qu'im-

médiats et éphémères. En somme après trois mois d'électrisation, il n'avait rien gagné; si ce n'est que le globe oculaire, auparavant tout à fait immobile avait recouvré très-incomplétement le mouvement. Après l'électrisation il essaya, pendant quatre autres mois une médication révulsive, par les vésicatoires et les cautères. Enfin en mars 1858, M. Ricord voit le malade, se prononce pour la nature syphilitique de tous ces accidents nerveux et prescrit l'iodure de potassium, à la dose de 4 grammes par jour, et des vésicatoires promenés sur la colonne vertébrale.

M. X... alla dans une maison de santé à Champigny, pour y suivre son traitement. Mais le médecin de l'établissement, trouvant que la dose de 4 grammes d'iodure était beaucoup trop forte, ne lui en fit prendre que 24 grammes dans l'espace de deux mois, c'est-à-dire moins de 50 centigrammes par jour. Pendant son séjour à Champigny, les douleurs redoublèrent d'intensité; le malade eut, pour la première fois, des convulsions dans tous les membres, les traits du visage demeurant immobiles ; l'accès douloureux se prolongea pendant trente-six heures.

Le 25 mai 1858, il lui survient subitement une paralysie complète du mouvement, dans la moitié inférieure du corps. Les sphincters anal et vésical conservent leur tonicité. Les membres inférieurs soulevés retombent comme des masses inertes.

Le 27 mai, il entre à l'hôpital du Midi, au n° 7 des salles payantes. Il est blond, d'une constitution délicate et faible. L'œil droit, à l'état de repos, est dévié en dedans ; mais, si l'attention du malade est éveillée, il peut lui imprimer tous les mouvements voulus. Aussi suit-il, parallèlement avec son congénère, un doigt que l'on promène de droite à gauche, de haut en bas et réciproquement; il y a diplopie lorsque l'objet est en face de l'œil, et vue simple quand il est en haut ou en bas. La pupille droite est très-dilatée et peu mobile. L'intelligence est normale, ainsi que la mémoire, la parole nette et facile. Les membres inférieurs sont dans la résolution complète. Le malade étant assis au bord du lit et laissant pendre ses membres pelviens, si l'on vient à les relever, il se produit des mouvements convulsifs d'une violence telle qu'on ne peut les maîtriser. *La sensibilité tactile est abolie partout,*

excepté à la face et au cuir chevelu. On peut appliquer la main à n'importe quel endroit, enfoncer une épingle profondément dans les tissus, et pincer la peau sans que le malade s'aperçoive de ce qu'on fait; l'insensibilité et l'analgésie sont portées à un tel point que l'application d'un cautère à la nuque n'a pas été sentie par le malade. La sensibilité à la température est conservée. Il existe un sentiment de constriction circulaire de l'abdomen, comme si un vaste bandage en comprimait toute l'étendue. Les accès se reproduisent tous les huit jours. Voici en quoi ils consistent : sur une partie limitée du corps (un doigt, un orteil, un point de la surface des membres), X... éprouve quelques légers mouvements convulsifs ; une demi-heure environ après, il commence à y sentir une douleur, faible d'abord, mais qui augmente rapidement d'intensité, au point d'arracher au malade des cris aigus ; il la compare à *la décharge d'une bouteille de Leyde.* Cette douleur est très-souvent limitée à une partie circonscrite, de la grandeur d'une pièce d'un franc. Elle ne se déplace pas pendant toute la durée de l'accès, qui est habituellement de douze heures ; mais à l'attaque suivante, elle occupera une autre partie du corps. Plusieurs heures avant l'explosion de l'accès, le malade éprouve une sensation de chaleur et de malaise, le long de l'épine dorsale. Chose singulière, presque toutes les parties privées de sensibilité peuvent être successivement atteintes par les accès douloureux. La tête et le cou ont toujours été respectés. Ces accès n'ont envahi le tronc que quatre fois. Le plus souvent ils occupent le talon, le bord externe du pied, un ou deux doigts, un ou deux orteils. Le malade n'a pas de céphalées. La percussion pratiquée sur la colonne vertébrale n'y révèle aucune sensibilité morbide. *Traitement :* Iodure de potassium, 3 grammes, 6 pilules de belladone par jour, dont 3 le matin et 3 le soir, chacune de ces pilules contient 1 centigramme d'extrait. Dix jours après son admission à l'hôpital, la commissure gauche s'est rétractée, en même temps qu'il survint un embarras de la parole, qui dura cinq jours. Un mois après, les membres inférieurs ont recouvré assez de force pour permettre au malade de marcher en s'appuyant sur le bras du domestique. Quant aux crises douloureuses, elles ont à peine diminué d'intensité. Le 27 juin, on lui appliqua un

vésicatoire. Le lendemain, il survient une rétention d'urine qui exige le cathétérisme, pendant douze jours. Au mois de juillet, il peut se tenir debout et marcher sans aucun soutien. Néanmoins l'engourdissement et l'anesthésie persistent. L'appétit est nul, les digestions pénibles. Il devient nécessaire de suspendre l'iodure de potassium, à cause des accidents qu'il a déterminés. En effet, indépendamment des troubles gastriques, le malade présente un état d'anémie très-prononcée; il éprouve des étourdissements fréquents et intenses; il a un coryza violent et une éruption d'acné très-abondante. On continue la belladone. Le 15 août, un mois après la suspension de l'iodure, dont le malade ne prit que pendant cinquante jours, X... était assis dans le jardin, où il était descendu tout seul, lorsque tout d'un coup il fut frappé d'une paraplégie complète, qui n'a été précédée ni de douleurs ni de convulsions. La belladone fut suspendue. Ventouses sèches sur le dos; tartrate de fer et de potasse à la dose de 4 grammes par jour.

Le 30 août, X... eut un accès affreux; quatre points douloureux existaient simultanément. Les secousses convulsives étaient épouvantables et les douleurs atroces; aussi eut-on recours, pour calmer le malade, aux inhalations de chloroforme, qu'on ne prolongea pas jusqu'à produire l'assoupissement. Les douleurs ont cédé, mais les convulsions ont persisté.

Au commencement de décembre, *les douleurs sont très-fréquentes ; elles surviennent toutes les douze heures environ et sont accompagnées de convulsions.* Les mouvements volontaires des membres inférieurs sont excessivement faibles. Les symptômes anémiques ont disparu. L'état général est satisfaisant; l'iodure de potassium est alors de nouveau prescrit, à la dose de 2 grammes par jour.

Deux semaines après l'institution de ce traitement (27 décembre), les douleurs ont considérablement diminué d'intensité, sans rien perdre de leur fréquence. La sensibilité n'a pas encore reparu. Il y a toujours de l'*analgésie. X... sent le contact lorsqu'on s'appuie avec force sur les membres.* Cependant le doigt auriculaire et le côté interne de la main gauche peuvent être fortement serrés, sans que le malade s'en aperçoive. *La démarche est chancelante, et la résistance du sol n'est pas appréciée.* Les membres inférieurs exécutent avec force tous les mouve-

ments; mais X... ne peut en aucune manière *les coordonner*. Les yeux étant fermés, il n'a pas *conscience de la position* dans laquelle on place ses membres pelviens. Quant aux membres supérieurs, il se rend compte de leur position, excepté pour la main et les doigts; ainsi il ne peut nous dire si nous les tenons ouverts ou fermés. Il serre bien mieux avec la main droite qu'avec la main gauche. *Lorsqu'il tient un objet à la main, il ne s'en aperçoit que par la vue ou par l'ouïe.* A cet effet, il le percute avec les doigts qu'il peut remuer à volonté, ou bien il le frappe contre le mur, pour s'assurer s'il le tient. C'est à ces divers moyens qu'il a recours, lorsqu'il veut prendre un objet quelconque dans l'obscurité. La main droite seule peut saisir les petits objets; mais comme le malade n'en sent pas le contact, il les laisse tomber sans s'en apercevoir. Les traits ne sont pas déviés; il y a une très-légère chute de la paupière supérieure gauche. Le strabisme interne persiste toujours à droite. La vue est dans le même état; il y a diplopie, excepté lorsque les objets sont placés au-dessus ou au-dessous de l'œil. La distance qui sépare les deux images est d'environ 50 centimètres. Lorsqu'il veut lire, il ferme l'œil gauche. Il se sert, au contraire, de cet œil pour voir les objets éloignés. La miction et la défécation sont revenues à l'état normal; l'appétit est excellent. On ne peut bien faire comprendre toute l'amélioration qui s'est opérée chez ce malade qu'en répétant ses propres paroles : « *Je serais très-heureux*, dit-il, *de rester ainsi toute ma vie.* »

16 février. — La dose d'iodure de potassium a été successivement augmentée; le malade *en prend neuf grammes* par jour, depuis le 4 du mois. L'amélioration est toujours progressive. Depuis le 2 janvier, il n'a pas eu de crise douloureuse; mais le 25 du même mois quelques légères convulsions ont parcouru les membres pendant dix heures environ. L'anesthésie de la peau est toujours dans le même état. Les membres inférieurs ont gagné un peu de force. Aussi le malade marche-t-il avec moins de difficulté. L'état général est excellent; X... mange et digère très-bien; son moral est bien remonté par l'amélioration, si inattendue, qu'il a vu se produire.

Réflexions. — Trente jours de frictions mercurielles ont suffi, chez ce malade, pour retarder de cinq années les manifestations syphilitiques. L'éruption cutanée de 1847, le coryza et le strabisme mettent hors de doute l'existence de la diathèse. Tous ces symptômes étaient de nature syphilitique; aussi ont-ils promptement disparu sous l'influence de l'iodure de potassium. Déjà, à cette époque, X... éprouvait des douleurs excessivement vives, de plusieurs heures de durée, siégeant dans les membres inférieurs, ainsi que des fourmillements et des souffrances, semblables à celles que feraient ressentir des aiguilles enfoncées dans les chairs. Ces accidents nerveux ont également cédé à l'iodure de potassium, qui dissipa ainsi tous les symptômes énumérés. Cependant la persistance du strabisme nous porte à croire que le traitement a été interrompu beaucoup trop tôt, et avant que la lésion syphilitique ne fût suffisamment combattue. Quelque temps après, il survint une extinction de la voix, qui guérit également par l'iodure.

Cette guérison apparente s'est maintenue jusqu'en 1856; mais, à cette époque, les accidents nerveux décrits dans l'observation font explosion, *crises atrocement douloureuses*, *paralysies*, etc.; ces divers phénomènes commencent à la périphérie et gagnent successivement le tronc. De nombreux traitements, essayés tour à tour, sont impuissants, pour arrêter les progrès de l'affection. Les crises, de plus en plus fréquentes, avaient atteint une violence extrême, lorsqu'en mai 1858, et sous l'influence de l'iodure de potassium, il survint une amélioration fort remarquable, mais de courte durée; car des troubles gastriques et des symptômes anémiques ont obligé de suspendre l'usage du médicament souverain, après cinquante jours d'emploi.

Quelque temps après, le malade retombe : les accès se répètent de plus en plus fréquemment, à tel point qu'en décembre, ils ont lieu toutes les douze heures. Les fonctions digestives rétablies, l'iodure est prescrit de nouveau à haute dose. Consécutivement, tous les symptômes s'amendent de plus en plus, de telle sorte qu'outre l'amélioration remarquable de la motilité, un mois entier se passe sans que le malade eût éprouvé de *crise ;* ce qui ne lui était jamais arrivé depuis 1856.

Il est donc évident que tous les accidents nerveux dont fut atteint ce malade, étaient de nature syphilitique. La filiation des divers phénomènes, présentés par X..., et leur modification rapide, sous l'influence de l'iodure de potassium, lorsque tant d'autres moyens énergiques ont complétement échoué, sont de puissants arguments en faveur de cette manière de voir.

Comme phénomènes nerveux, nous ferons remarquer, chez ce malade, le défaut de coordination des mouvements, l'absence de la conscience musculaire, l'analgésie, l'anesthésie, et surtout ces accès douloureux, qui inspiraient au malade des idées de suicide.

Quelle est la lésion qu'on pourrait soupçonner chez ce malade ? Si l'on tient compte de quelques-uns des symptômes que nous avons mentionnés, notamment du défaut de coordination des membres, ne peut-on pas présumer l'existence d'une tumeur syphilitique, siégeant au voisinage du cervelet ? Ce malade a présenté en effet quelques-uns des phénomènes considérés par MM. Flourens et Hillairet comme étant liés à la présence d'une lésion cérébelleuse.

Nous pensons qu'il ne faut pas rejeter la nature syphilitique des accidents éprouvés par ce malade, dans le cas où on n'obtiendrait pas une disparition complète de

tous les phénomènes morbides. Qu'on réfléchisse, en effet, que c'est à une époque antérieure à l'année 1847, qu'il est rationnel de faire remonter le commencement de la maladie encéphalique, le début d'une tumeur, selon toutes les apparences. Or cette tumeur, vu l'irrégularité et l'insuffisance des traitements employés, a pu exister et croître pendant plus de onze années ; elle a donc pris droit de domicile, elle s'est organisée. Il est, en effet, très-rationnel de penser qu'il s'agit ici d'une exostose ou d'une tumeur plastique de l'encéphale. Il n'est pas facile, il est peut-être même impossible d'obtenir la résolution complète d'une tumeur organisée depuis tant d'années. Ce qu'on a le droit d'espérer dans des cas pareils, c'est la résorption des parties récemment déposées autour du noyau ancien et déjà organisé; en un mot, en luttant contre la diathèse, on ne peut compter que sur une amélioration plus ou moins grande des accidents offerts par ce malade, et l'on peut espérer de prévenir, jusqu'à un certain point, le retour des symptômes terribles qu'il eut à supporter. L'amélioration si évidente qu'on a obtenue chez ce malade, toutes les fois que les spécifiques ont été employés à dose suffisante, justifie les espérances que nous fondons sur eux.

Observation LVII. — *Chancre induré. Tumeur gommeuse. Névralgie et plus tard paralysie de la cinquième paire des nerfs crâniens. Hémiplégie. Amélioration remarquable par l'iodure de potassium.*

Le nommé F..., âgé de 40 ans, charretier, entre à l'hôpital du Midi, le 20 juillet 1853, salle 2ᵉ, lit nº 4, service de M. Ricord. Du côté de la famille, aucun antécédent qui puisse venir en aide au diagnostic de l'affection actuelle. Vacciné dans son enfance, il n'a eu aucune maladie grave, si ce n'est une morsure de vipère vers l'âge de 10 ans. Jusqu'à 20 ans il

resta dans les Pyrénées-Orientales, son pays natal ; puis il partit comme soldat en Afrique, où il a bien supporté le climat. De retour en France, deux ans après, en 1835, il contracta un chancre à la verge qui, au dire du malade, donna lieu à un bubon indolent de l'aine droite; le chancre resta dur, longtemps après sa guérison. F... ne prit que trois pilules mercurielles, car il se déclara chez lui une fièvre intermittente sur laquelle s'est portée toute l'attention des chirurgiens militaires. En attendant, les accidents vénériens guérirent d'eux-mêmes et sans qu'on s'en occupât. Un an après le chancre, il eut, à l'anus, des boutons avec écoulement; ils se sont dissipés par l'usage des bains froids. A 28 ans, après avoir quitté le service, il eut un rhumatisme articulaire aigu. A 34 ans, en 1847, il eut un second rhumatisme. A 35 ans, il parut une tumeur indolente à la région poplitée gauche, où l'on voit aujourd'hui une cicatrice de 44 centimètres environ de largeur sur 43 de hauteur. Cette tumeur devint douloureuse, six mois après son début. Le docteur Puel, consulté à cette époque, diagnostiqua une affection vénérienne. Un traitement mercuriel fut continué pendant quinze mois environ ; le malade n'a jamais eu d'autres symptômes syphilitiques. Sa santé continua d'être parfaite, jusqu'il y a deux ans. Marié, en 1841, à une veuve déjà mère, il n'eut jamais d'enfants.

Au commencement de 1851, il eut des douleurs névralgiques, *péri-orbitaires*, avec des exacerbations nocturnes et irradiation dans les dents supérieures du même côté. Le malade s'en fit même arracher, pour calmer ses souffrances. Un traitement de quinze jours, par le sulfate de quinine, fit disparaître ces douleurs. Mais pendant un an, il éprouvait des bruissements continus dans l'oreille gauche ; puis les douleurs névralgiques sont revenues à la même place, avec des exacerbations nocturnes moins caractérisées; à la même époque le malade eut des troubles du côté de la vision ; la vue avec les deux yeux était confuse ; elle devenait nette, si l'un d'eux était fermé. M. Gueneau de Mussy, consulté, a prescrit un traitement qui a tout fait disparaître, excepté le bruissement de l'oreille ; la nature de ce traitement nous est inconnue.

En juillet 1852, le malade rentra chez M. G. de Mussy, qui l'a soumis à l'iodure de potassium, à la salsepareille, au sulfate

de quinine et peut-être au mercure. Vers le mois d'août, les phénomènes névralgiques persistent et s'accompagnent même de *paralysie du sentiment*, dans les points douloureux. Le malade vit apparaître, sans cause appréciable, une kératite ulcéreuse à gauche ; il donne de vagues renseignements sur ce qui s'est passé alors du côté de l'œil ; cependant il parle d'un strabisme interne qu'il aurait eu. Pendant le mois de septembre, étourdissements fréquents et céphalées très-vives. En octobre, *convulsions* épileptiques avec hoquet et vomiturition. Ces accidents se répètent trois fois à huit jours d'intervalle et sans perte de connaissance. Quoique le malade n'ait pu s'observer attentivement pendant ses attaques, il semble que c'est le côté droit du corps qui fut surtout convulsé. Ces phénomènes cérébraux se terminèrent par une hémiplégie complète du mouvement dans toute la moitié du corps. Un médecin de la ville a prescrit des purgatifs, des antispasmodiques et en dernier lieu la noix vomique. Les spasmes n'ont pas reparu ; mais l'hémiplégie persista, et le malade entra le 12 novembre à Saint-Antoine, dans le service de M. Hérard, qui le soumit à l'iodure de potassium et à l'électricité. Ce traitement a amélioré son état, le malade pouvait marcher, six mois après son admission. Il sortit de Saint-Antoine et rentra à Necker, où l'on continua l'iodure de potassium, en ajoutant un séton à la nuque. Le bras paralysé recouvra en partie sa force ; peu de temps après, X... quitta l'hôpital Necker, pour entrer à l'hôpital du Midi. Au moment de son admission, il présente une hémiplégie droite incomplète, mais très-apparente. La jambe est traînante ; elle fléchit incomplétement dans la marche ; le bras ne peut être complétement élevé. Les doigts et les orteils sont presque immobiles ; les premiers sont fléchis en crochet dans la paume de la main. La face présente une déviation très-sensible. La paupière supérieure cependant se meut et recouvre bien le globe oculaire. La sensibilité est conservée. Quant à la vision, le malade voit encore avec un certain trouble et bien plus nettement avec un seul œil qu'avec les deux ensemble ; la cornée droite offre, à son côté externe, une tache qui empiète sur le champ pupillaire. Strabisme interne très-apparent. La paralysie de la cinquième paire persiste au côté gauche de la face ; elle se limite avec une merveilleuse netteté

sur la ligne médiane. Quoique généralisée, elle est plus marquée aux points d'émergence des nerfs frontaux et du sous-orbitaire. Toute la conjonctive est insensible au contact de la pointe d'une épingle. Les paupières restent ouvertes, pendant cette expérience, bien qu'elles conservent leurs mouvements. Il y a clignement, lorsqu'on porte la pulpe de l'index sur la conjonctive. Les organes génitaux n'offrent rien d'anormal. Aucun autre symptôme. *Traitement :* Iodure de potassium dont la dose est portée graduellement jusqu'à 6 grammes par jour. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade, est tourmenté par des douleurs névralgiques très-violentes, siégeant au côté gauche de la face. Vers la fin d'août, il survint une otite gauche intense avec gonflement et rougeur du conduit auditif externe. Sangsues et nombreux vésicatoires derrière l'oreille. Ces moyens ont produit un grand soulagement.

Le 10 sepfembre, un écoulement puriforme peu abondant, mais dûrant plusieurs jours, a lieu par le conduit auditif.

Le 20 septembre, apparaissent des douleurs névralgiques du côté droit de la face. Elles sont combattues par des vésicatoires, sans interruption de l'iodure de potassium. A la fin du mois, quelques légers troubles digestifs exigent la suspension du traitement. Le 31 octobre, le malade sort sur sa demande. Voici l'amélioration que l'on constate chez lui : l'hémiplégie est bien peu marquée. Lorsqu'il est arrivé à l'hôpital du Midi, il traînait la jambe en marchant. Aujourd'hui la progression s'accomplit si bien qu'une personne non prévenue ne s'apercevrait pas de l'infirmité du malade. Le bras droit n'a pas entièrement repris ses fonctions ; il est encore roide, et se fléchit difficilement, ainsi que les doigts. Le strabisme persiste. L'anesthésie faciale a beaucoup diminué d'étendue et se trouve limitée aux environs de l'orbite. La conjonctive est toujours insensible. Les douleurs névralgiques sont bien calmées ; mais elles existent des deux côtés et sont même plus intenses à droite. Le malade continuera la même médication chez lui (1).

(1) Cette observation, ainsi que deux autres, nous a été communiquée par notre regretté confrère et ami le docteur Dufour, qui nous a succédé comme interne, dans le service de M. Ricord.

Réflexions. — Avant d'aborder toute autre question, nous pouvons nous demander s'il s'agit, chez ce malade, d'accidents nerveux déterminés par la syphilis. L'induration, persistant longtemps après la cicatrisation du chancre, et la tumeur gommeuse de la région poplitée, nous font admettre l'existence de la diathèse syphilitique. Quant aux boutons qui ont paru à l'anus, un an après l'ulcération de la verge, bien que la chose nous paraisse probable, nous n'avons aucune donnée qui permette de les rattacher à la syphilis avec certitude. J'en dirai autant du strabisme, qu'on pourrait, à la rigueur, faire dépendre de la présence de cette grande tache siégeant sur le côté externe de la cornée, et empiétant sur le champ de la pupille. Cette tache rendant la vision nulle, du côté externe de l'œil, cet organe s'est dévié, pour présenter aux objets une partie de la cornée, que les rayons lumineux pouvaient facilement traverser.

On peut donc douter de la nature syphilitique du strabisme et des troubles de la vue, qui n'ont été, selon toute probabilité, que la conséquence du défaut de parallélisme entre les deux axes visuels.

Quant à la kératite, on peut admettre qu'elle était le résultat de la perturbation fonctionnelle du trijumeau. Cette explication de la kératite, qui la rattacherait à une perturbation survenue dans la nutrition de la cornée, consécutivement à l'inaction du trijumeau, est conforme aux résultats obtenus par des expériences pratiquées sur les animaux.

En tenant compte des antécédents incontestablement syphilitiques du malade et de l'amélioration notable qu'il a éprouvée par la médication spécifique, nous croyons pouvoir admettre la nature syphilitique des troubles nerveux qu'il a présentés. C'est là, du reste, le diagnostic de

MM. Ricord, Gueneau de Mussy, Hérard, et du médecin de Necker, dans le service duquel fut placé le malade. Ainsi que nous l'avons déjà dit, pendant son séjour dans cet hôpital, X... fut également soumis au traitement antisyphilitique.

Quelle est la lésion anatomique qu'on peut soupçonner chez ce malade? Il est probable qu'il existait, dans ce cas, une tumeur syphilitique comprimant le nerf maxillaire supérieur et l'ophthalmique de Willis; d'où les douleurs névralgiques des nerfs frontaux, du sous-orbitaire, et la paralysie de la sensibilité du côté gauche de la face.

La paralysie des membres thoracique et pelvien du côté gauche doit faire admettre une compression sur une partie de l'encéphale lui-même. Le bruissement continu éprouvé dans l'oreille, du même côté, fait supposer que la tumeur troublait, tant soit peu, les fonctions du nerf acoustique, ou bien qu'elle comprimait l'artère carotide qui était le siége d'un bruit anormal.

Ainsi on peut soupçonner chez ce malade la présence d'une tumeur, peut-être d'une exostose de la base du crâne, qui, comprimant d'abord légèrement la cinquième paire, n'a déterminé que des douleurs névralgiques. A une époque ultérieure, augmentant toujours de volume, cette tumeur compromit gravement les deux branches supérieures du nerf trijumeau. Le traitement spécifique a presque entièrement dissipé, chez ce malade, la paralysie des membres, tandis qu'il ne produisit aucune amélioration quant à la paralysie de la cinquième paire.

CHAPITRE II.

DE L'AMAUROSE ET DE L'AMBLYOPIE SYPHILITIQUES.

On définit généralement l'amaurose : une perte, ou un affaiblissement notable de la vue, déterminé par une altération du nerf optique, de la rétine, ou de la portion de l'encéphale dévolue au sens de la vision. Lorsqu'on se livre à des recherches bibliographiques, on est justement surpris de ne pas voir la syphilis figurer pour une large part dans l'étiologie de cette affection. Les auteurs mêmes qui se sont particulièrement occupés des maladies vénériennes, la mentionnent à peine, ou la passent sous silence. C'est ainsi que Vidal, de Cassis, dans son article sur l'amaurose et l'amblyopie (1), ne parle point de la diathèse syphilitique, comme cause possible d'une cécité plus ou moins complète. Dans son *Traité des maladies vénériennes* (2), il signale les exostoses de l'orbite ou de la base du crâne comme pouvant produire l'amaurose; voilà tout ce qu'il dit sur l'origine syphilitique de cette affection.

Joseph Frank cite à peine la vérole, lorsqu'il énumère les circonstances dans lesquelles la goutte sereine peut se développer.

Dupuytren, Lallemand, M. Nélaton, et les auteurs du *Compendium de chirurgie*, ont vu des amauroses syphilitiques, dont la guérison fut obtenue par les mercuriaux.

(1) *Traité de pathologie externe.*
(2) Page 467.

Cependant, dans leurs remarquables ouvrages, on voit toujours percer le doute et l'incertitude sur l'existence réelle de la cause syphilitique, et surtout sur le genre de lésion qui détermine ces troubles profonds de l'organe de la vue. *Si d'ailleurs,* disent les savants auteurs du *Compendium de chirurgie, il était prouvé que la diathèse syphilitique pût donner lieu à l'amaurose,* on ne saurait dire si c'est en modifiant directement la rétine, ou en donnant naissance à quelque gomme, ou à quelque exostose qui comprime le nerf au niveau du trou optique.

Un peu plus loin, ils paraissent admettre, mais théoriquement et sans démonstration aucune, que l'injection, l'inflammation de la rétine et ses épanchements peuvent produire l'amaurose. Quant à l'amaurose sans lésion ou nerveuse, ces savants maîtres, prévoyant déjà son extrême rareté, se demandent si on doit l'admettre, et si l'extrême ténuité de la rétine ne rend pas impossible, parfois, la découverte de l'altération.

On voit que le doute règne dans les meilleurs esprits, et qu'il n'existait pas, jusqu'à présent, de documents capables d'entraîner la conviction et de prouver nettement de quoi est capable la diathèse syphilitique, et de quelle manière elle agit sur l'appareil nerveux du sens de la vue. Nous avons été assez heureux pour élucider ici cette importante question, en démontrant par des faits que, probablement dans l'immense majorité des cas, dans la totalité de ceux que nous avons étudiés, il existe une lésion de la rétine ou de la choroïde. Mais d'une vingtaine d'observations que nous possédons, nous ne pouvons conclure à l'exclusion définitive de l'amaurose nerveuse. Peut-être serons-nous conduit à cette conclusion par des recherches ultérieures. Quant à présent, il nous semble rationnel d'admettre l'amaurose sans lésion appréciable,

quoique nous ne l'ayons jamais rencontrée. Si l'intoxication saturnine, qui a une si grande analogie avec l'intoxication syphilitique, a le pouvoir de produire des paralysies sans altération, pourquoi cette dernière ne pourrait-elle pas en déterminer aussi?

Du reste, force nous a été de reconnaître ce pouvoir de la syphilis à propos de la paraplégie, les nécropsies les plus attentives n'ayant révélé, dans certains cas, aucune lésion matérielle appréciable.

Dire dans ces circonstances, avec le savant auteur des *Métamorphoses*, que l'action du principe de la vérole peut se concentrer sur la pulpe cérébrale et les cordons qui en émergent, ce n'est pas éclairer la question. Au lieu de nous borner à dire que l'amaurose et l'amblyopie sont une perversion de la sensibilité, comme la névralgie, la surdité et l'anosmie, nous tâcherons de nous former, par l'étude des malades, une opinion plus en rapport avec les progrès effectués par l'anatomie pathologique dans ces dernières années.

De ce que nous avons dit précédemment, il résulte que l'amaurose syphilitique peut être déterminée par des lésions du nerf optique, ou de la partie de l'encéphale qui préside à l'accomplissement de la vue, et finalement par les modifications qu'ont éprouvées quelques-unes des parties constituantes de l'œil.

Les plus anciens auteurs ont reconnu que la vérole, en produisant des exostoses ou des tumeurs en général, peut déterminer la cécité, en même temps que d'autres troubles nerveux.

Nous lisons dans Botalus (1) une observation qui se trouve aussi dans Boerhaave (2). Un homme ne pouvait

(1) *Aphrod.*, p. 884.
(2) *Aphorismes commentés* par Van Swieten.

rmir depuis plusieurs mois à cause des douleurs roces qu'il éprouvait au sinciput et aux tempes. Le édecin voulut apporter quelque soulagement à la madie à l'aide du cautère actuel; le malade s'y refusa. ientôt la vue commença à se troubler; il apercevait des ouches volantes et des toiles d'araignées; par des proès insensibles, la vue disparut complétement. Le madesuccomba au bout de quarante jours. On trouva, sur point d'union des sutures sagittale et frontale, le crâne hacélé et putride dans un espace de la grandeur d'un u. Le crâne ayant été ouvert, un liquide abondant, tide et fortement coloré en jaune, s'écoula, autant par nez et les oreilles que par l'ouverture osseuse; les méinges étaient putréfiées au voisinage, et le moindre conct suffisait pour les déchirer; le cerveau et les nerfs ptiques étaient également altérés; les autres viscères aient sains. Jean Vigo cite également des cas pareils; ais on est en droit de se demander si le malade ont l'histoire précède avait réellement la syphilis constutionnelle, dont il n'est donné aucun signe certain.

Nous avons déjà parlé de plusieurs faits d'exorbitisme éterminé par une exostose présumée de l'orbite. « L'aaurose plus ou moins complète guérit radicalement ar les spécifiques en même temps que l'œil est rentré ans sa cavité, » lit-on dans les *Annales de thérapeutiue*, aux endroits déjà cités.

Baillou (1) cite un cas de carie de l'ethmoïde accompanée d'amaurose.

Boerhaave (2) parle de l'exostose du sphénoïde comme yant produit la même affection.

(1) *Paradigmata*, n° 7.

(2) *De morbis oculorum*, cap. III, § 3.

On lit dans Virchow (1) l'observation d'une femme siphylitique qui, sept ans après un traitement spécifique, fut prise de douleurs vives du front et dans le globe oculaire gauche. Quelque temps après, elle eut une amaurose de ce même côté; plus tard, l'œil droit devint lui-même amaurotique. L'examen à l'ophthalmoscope ne fit constater aucune lésion appréciable. Les préparations mercurielles amenèrent une amélioration telle que le malade put lire la grosse écriture; au bout de cinq semaines de traitement, la vue revint à l'état normal. Plusieurs mois après, cette femme succomba ayant présenté les phénomènes suivants : ptosis des paupières, cécité, perte de l'odorat. A l'autopsie, on trouva que les méninges adhéraient au chiasma des nerfs optiques. A la selle turcique existait une substance dense, d'un gris clair, transparente, gélatineuse, traversée par les oculo-moteurs, profondément altérés. Les olfactifs se perdaient également dans un tissu pathologique de nouvelle formation. La tumeur s'étendait jusqu'au pont de Varole. Il y avait des néoplasies volumineuses (dépôts de tissu plastique), à la périphérie de l'artère basilaire.

Un malade, antérieurement syphilitique et amaurotique, présenta à l'autopsie une tumeur du lobe moyen du cerveau, formée par un tissu brun rouge qui reposait sur une exostose de l'aile du sphénoïde (2).

Dans un cas de gommes cérébrales, Virchow a observé l'oblitération consécutive de la carotide primitive; ce qui, selon ce savant auteur, aurait déterminé une cécité rapide. Gieldemeester et Hoyack ont observé des cas semblables. Virchow en conclut que les paralysies syphiliti-

(1) *La Syphilis constitutionnelle,* traduction du docteur Picard.
(2) Friedriech cité par Virchow.

ques peuvent résulter d'une interruption dans le cours du sang.

Il est inutile de multiplier ici de pareils exemples, qui ne facilitent nullement l'étude de notre sujet. Nous nous résumerons en disant qu'une tumeur syphilitique quelconque, atteignant le nerf optique ou la portion de l'encéphale dévolue à la vision, peut déterminer l'amaurose. Plusieurs de nos observations prouvent, de la manière la plus incontestable, la réalité de ce fait.

Le nom d'*amaurose nerveuse* est employé par les médecins, en général, toutes les fois qu'ils ne trouvent aucune altération appréciable, qui puisse rendre compte du mode de production de cette affection. Le diagnostic est alors basé sur des signes subjectifs : Les yeux, est-il dit dans tous les auteurs, sont en bon état ; et cependant le malade voit un nuage ; il y a des mouches devant ses regards, et plus tard il devient tout à fait aveugle. Nos observations établissent d'une manière évidente que dans des amauroses qu'on dénommerait nerveuses, il existe une lésion anatomique facilement appréciable, et dont la diminution, ou l'augmentation, exactement suivie par le médecin, est presque toujours en parfait accord avec les modifications présentées par la vue.

L'inflammation de la rétine, celle de la choroïde, l'épanchement situé au-dessous de la rétine, ou bien siégeant au-dessus de cette membrane, ou enfin dans l'intérieur du corps vitré, telles sont les lésions que nous avons le plus souvent constatées chez les amaurotiques soumis à notre étude. MM. Cusco, Desmarres, Follin, Gosselin et Græfe, dont il suffit de citer les noms pour éloigner tout soupçon d'erreur, admettent également cette manière de voir. Depuis que ce travail a été déposé à l'Académie, des travaux importants ont paru sur les

altérations de la vue, appréciables à l'ophthalmoscope. Nous devons mentionner, particulièrement, les thèses inaugurales des docteurs Schultz et Metaxas.

Nous avons déjà décrit, avec détails, les diverses lésions anatomiques que l'on rencontre dans l'amaurose syphilitique, dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique. Nous ajouterons, en finissant, que chez tous nos malades, sans exception, l'amaurose dépendait d'une altération de la choroïde ou de la rétine. Nous croyons donc pouvoir en inférer que, de même que dans l'amaurose des albuminuriques, les troubles de la vue des syphilitiques sont ordinairement liés à une altération anatomique du fond de l'œil.

Voyons maintenant quels sont les symptômes par lesquels s'annonce ordinairement l'amaurose syphilitique. La lecture des observations placées à la fin de cet article donnera la certitude que tous les phénomènes morbides, énumérés par les auteurs, à propos de l'amaurose en général, se rencontrent dans celle qui est déterminée par la syphilis constitutionnelle. D'ailleurs la bénignité ou la gravité des phénomènes amaurotiques a toujours été, chez nos malades, en rapport exact avec l'étendue des lésions anatomiques que l'ophthalmoscope nous faisait constater.

Le brouillard, mentionné par les auteurs comme symptôme du début de toutes les amauroses, a toujours existé chez nos malades. Il a toujours été d'autant plus épais que les lésions anatomiques étaient elles-mêmes plus prononcées. Ainsi, par exemple, lorsqu'il n'y avait qu'un léger degré d'inflammation de la choroïde, un brouillard peu épais, entourant tous les objets, constituait le seul phénomène morbide. Lorsque, au contraire, les vaisseaux de la choroïde étaient très-développés et qu'ils offraient

un aspect variqueux, il y avait vision de lignes, de taches, ou de corpuscules irisés. On peut chercher à s'expliquer ce phénomène, soit en invoquant la compression exercée par la congestion intense de la choroïde, ou par les dépôts plastiques sur la membrane sensitive (la rétine), soit par une réfraction que subirait la lumière incidente sur les vaisseaux de la choroïde ainsi dilatés. La diaphanéité de leur tunique, ne peut-elle pas permettre aux rayons lumineux de se décomposer en traversant le sang contenu dans leur intérieur? Dans certains cas, ce n'est pas seulement lorsque les yeux sont ouverts que le malade perçoit ces diverses images; il les voit, lors même que ceux-ci sont fermés; ce qui vient à l'appui de la première explication que nous avons proposée. (1)

Un de nos malades, affecté d'un épanchement, situé autour de la papille du nerf optique, voyait toujours une tache noire qui lui masquait une partie des objets. Lorsque cet épanchement est étendu comme chez le malade de l'observation LIX, la vue est presque entièrement perdue.

Le malade, qui avait des corpuscules flottants dans le corps vitré, voyait constamment, les yeux étant ouverts, une infinité de points noirs et mobiles. Les lésions étant à peu près les mêmes, la vue sera plus ou moins compromise, selon leur siége. C'est ainsi que la malade n° 60, chez laquelle il existait trois petits dépôts, d'apparence tout à fait gommeuse, à la partie supérieure et externe de la rétine, était affectée de troubles bien légers de la vision, tandis qu'un épanchement, à peu près du même volume, situé à la périphérie de la papille, avait profondément altéré la vue chez plusieurs de nos malades.

Toutes les fois que le traitement spécifique a été insti-

(1) Voir l'observation LXII.

tué de bonne heure, l'amélioration a été rapide. Dans ces cas, l'exploration des yeux nous rendait compte de l'amendement éprouvé par les malades, en nous faisant constater la diminution des lésions matérielles, qui occasionnaient les troubles de la vue. L'observation LVIII est une des plus remarquables, à cause de la guérison complète du malade.

On ne peut concevoir le moindre doute quant à l'origine syphilitique de l'amaurose de nos malades. En lisant leurs observations, on voit que chez tous la syphilis avait déjà donné des signes incontestables de sa présence. Certains d'entre eux même présentaient, conjointement avec l'affection oculaire, d'autres manifestations diathésiques de la syphilis. Pour prouver définitivement l'exactitude du diagnostic posé, nous ferons remarquer qu'un seul et même traitement, composé de préparations mercurielles et iodées, a diminué les autres accidents syphilitiques, en même temps qu'il a complétement rétabli ou sensiblement amélioré la vue. Dans quelle maladie pourrait-on formuler un diagnostic basé sur de plus grandes probabilités?

Observation LVIII. — *Amaurose syphilitique. — Épanchement sous-rétinien autour de la papille du nerf optique, et siégeant entre la choroïde et la rétine. — Syphilides, adénites. — Guérison par les spécifiques.*

M..., âgé de 32 ans, commis dans un magasin, d'une assez bonne santé, entre à Necker, le 28 octobre 1858, salle Saint-Pierre, service de Lenoir, remplacé par M. Follin.

En 1849, il eut sur la verge des ulcérations, qui furent soignées par un pharmacien. Le malade ignore en quoi consista le traitement; mais il se rappelle qu'il a pris des pilules, pendant plusieurs semaines. Il dit n'avoir jamais rien eu, depuis cette époque, du côté des organes génitaux; ce dont on peut douter. Quoiqu'il en soit, s'étant marié, il eut deux enfants dont

le premier mourut douze jours après sa naissance. Le second vit encore ; c'est une fille de 2 ans. Depuis cinq à six mois, elle est couverte de boutons qui passent, reviennent et laissent sur la peau des taches qui, d'abord livides, deviennent cuivrées au bout d'un certain temps. Il n'a jamais éprouvé de douleur nulle part, ni à la tête ni dans les membres; il ne s'est aperçu non plus d'aucun accident syphilitique, soit du côté de la bouche, soit du côté de l'anus. Il porte, à son entrée à l'hôpital, des preuves irréfragables de la vérole constitutionnelle. On voit, disséminés sur tout son corps, des boutons de pustules, ressemblant à ceux de la varioloïde; boutons discrets, mais alternant avec des papules de dates diverses, et qui varient de couleur, depuis le jaune sale et le bistre, jusqu'à la couleur cuivrée.

L'examen des organes génitaux ne fait constater aucune cicatrice, aucune trace d'une ulcération antérieure ; cependant les ganglions de l'aine droite sont bien plus volumineux que ceux de l'aine gauche ; ces derniers sont à peine développés.

Ganglions cervicaux nombreux; en outre, un ganglion sous-occipital est très-dur, et de la grosseur d'une petite noisette. Aucun autre symptôme n'est constaté chez le malade, malgré l'examen le plus attentif de toutes les parties qu'on peut explorer. Les yeux sont fixes, le regard immobile; les pupilles, énormément dilatées, se contractent très-faiblement sous l'impression de la lumière. Mouvements des yeux conservés dans tous les sens. Les milieux transparents ne laissent voir aucune lésion, soit à l'œil nu, soit à la loupe. Voici ce qu'il nous raconte relativement à sa vue. Il y a trois mois, il s'aperçut qu'elle diminuait, des deux côtés à la fois. Il voyait comme au travers d'un brouillard, qui s'épaississait de plus en plus, à tel point qu'il ne distinguait plus les lettres d'un journal ; à leur place il ne voyait qu'une barre noire. En même temps, les figures des assistants et les objets lui semblaient comme saupoudrés de farine ; il les voyait comme au travers d'une poussière épaisse ou d'un voile de mousseline. Pour distinguer de son mieux, il est obligé de regarder des deux yeux en même temps; un seul ne suffirait pas pour l'instruire sur la forme et le volume des objets. Il ne distingue que les gros caractères qui sont en tête des journaux, et encore avec de grandes diffi-

[redacted]

cultés; néanmoins, il voit assez pour se conduire. Il n'a jamais vu double dans aucune position de la tête. Il se plaint aussi d'une douleur de tête, avec pesanteur et serrement des tempes.

Le 30 octobre, l'examen ophthalmoscopique, fait d'abord par M. Follin, nous montre autour de la papille du nerf optique une *exsudation blanchâtre* mal limitée. La papille apparaît nette, et les vaisseaux qui en partent sont faciles à voir. Cette exsudation est sous la rétine; elle est située entre cette membrane et la choroïde, car elle ne masque pas les vaisseaux de la rétine à l'endroit où elle siége; ce qui aurait eu lieu si l'exsudation était placée au-dessus de cette membrane. Le réseau chorio-capillaire peut se distinguer en certaines places. Il y a donc *une choroïdite avec exsudation.* Les lésions sont presque semblables à droite et à gauche.

Traitement. Proto-iodure de mercure, 5 centigrammes, et iodure de potassium, 1 gramme par jour. Le 25 novembre, la pupille est moins dilatée; la vue s'améliore; le brouillard, au travers duquel le malade voyait les objets, devient moins épais. L'éruption commence à se passer. Il n'y a plus de pustules de nouvelle formation. A l'ophthalmoscope, on reconnaît une notable diminution de l'exsudation, qui ne se présente plus que sous la forme d'un nuage. Deux pilules de proto-iodure de mercure, de 5 centigrammes chacune; iodure de potassium, 2 grammes par jour. Le 15 décembre, le malade lit très-bien le journal, mais à une distance un peu plus grande que de coutume; il est un peu presbyte. L'accommodation des yeux est très-difficile, si l'on approche le livre à une distance de 20 centimètres. Le nuage qui enveloppait les objets est bien réduit. Les pupilles, encore dilatées, sont un peu paresseuses; mais elles se contractent manifestement et avec assez de force sous l'influence de la lumière. Les taches du cou s'effacent; néanmoins elles sont encore distinctes. Les ganglions cervicaux ont très-sensiblement diminué. Le 15 janvier 1859, tous les accidents syphilitiques ont disparu. Le malade se conduit et lit très-bien. L'ophthalmoscope ne fait plus rien constater au fond des yeux. Le malade sort; mais il lui est bien recommandé de continuer encore son traitement pendant deux mois.

Réflexions. — L'histoire de ce malade est tellement claire et précise qu'elle ne peut donner lieu à la moindre contestation. Cet homme était évidemment atteint de syphilis constitutionnelle. L'amaurose, qu'il présentait, reconnaissait pour cause cette même diathèse. Le traitement spécifique fit disparaître l'affection des yeux, en même temps que l'éruption cutanée et les adénites. Il est donc impossible de concevoir le moindre doute sur la nature syphilitique de l'affection oculaire.

Avant la découverte de l'ophthalmoscope, on se serait borné à diagnostiquer, dans ce cas, une amaurose syphilitique. Comme aucun phénomène morbide ne faisait présumer, chez ce malade, une lésion, soit de l'encéphale, soit de l'orbite, on aurait admis une affection purement nerveuse, ou bien on aurait supposé gratuitement la présence d'une périostose ou d'une lésion quelconque au voisinage du nerf optique. L'examen du fond de l'œil nous a fait constater de la manière la plus certaine la lésion de tissu, en rapport avec la perversion fonctionnelle. Grâce à lui, nous avons pu suivre la résorption de l'épanchement, résorption qui a coïncidé avec l'amélioration progressive de la vue. Ce fait est donc extrêmement remarquable. Il prouve que l'amaurose peut être déterminée, chez les personnes affectées de syphilis constitutionnelle, par une choroïdite avec épanchement sous-rétinien.

S'il nous était permis de conclure d'après ce que nous avons vu, nous dirions que c'est là le mode le plus fréquent de la production de la cécité sous l'influence de la syphilis.

OBSERVATION LIX. — *Amaurose syphilitique. — Choroïdite. — Hypérhémie de la papille. — Rétinite. — Épanchement sous-rétinien. — Flocons dans le corps vitré.*

C..., 28 ans, forgeron. Chancre en 1853, pour lequel il prit des pilules de Sédillot, pendant vingt-deux jours; il ne s'aperçut de sa petite ulcération que six jours après le coït. Celle-ci se ferma rapidement; mais une induration manifeste persista pendant un mois. Depuis cette époque, il dit n'avoir eu aucune manifestation, et il n'a fait aucun traitement. Cependant ses cheveux ont tombé depuis, et, quoiqu'il dise n'avoir jamais eu d'éruption cutanée, on trouve sur ses jambes de nombreuses taches cuivrées, rondes et de la grandeur d'une pièce de 20 centimes environ. En août 1856, sa vue commença à faiblir, en même temps qu'il éprouvait des douleurs de tête, principalement nocturnes. En septembre 1856, il reçut une poignée de sable dans les yeux, et resta pendant vingt-deux jours sans pouvoir les ouvrir. Malgré la disparition des conséquences de cet accident, les douleurs de tête devenaient de plus en plus fortes. On employa les purgatifs, les antiphlogistiques, etc., sans aucun succès; quelque temps après, la vue s'est tellement troublée que C... ne pouvait plus lire. Pas de traitement spécifique.

En octobre 1858, il s'adressa à M. Desmarres, qui a prescrit de l'iodure de potassium et du proto-iodure de mercure; voici quel était son état à cette époque. Taches cuivrées sur les jambes, *cicatrice ulcérative avec dépression osseuse sur le pariétal droit;* il y aurait eu un clou, auquel il n'avait pas fait attention. Yeux bleus, pupilles dilatées. L'œil gauche étant fermé, C... voit avec l'œil droit, qui est le meilleur, comme au travers d'un brouillard; la pupille est peu contractile; lorsqu'on met un doigt devant les yeux du malade et à une distance de 3 mètres, il le voit simple; mais si le doigt n'en est éloigné que d'un mètre, il l'aperçoit double et il louche un peu; il ne peut pas lire; il ne voit même pas les lettres majuscules.

Que les yeux soient ouverts ou fermés, C... voit presque constamment deux flammes recourbées qui convergent vers

le nez. En outre, lorsque les paupières sont écartées, il aperçoit une infinité de petits corpuscules noirs, de la grosseur d'une tête de camion, arrondis et mobiles. L'œil gauche ne distingue point un objet placé, soit en face, soit à son côté externe; mais il le voit assez bien lorsqu'il est en dedans; l'image est toujours simple, la pupille est bien moins mobile que celle du côté droit. Enfin l'œil droit est affecté d'un strabisme externe très-léger, lorsque les yeux sont en repos. On dirait qu'il y a une disproportion de tonicité entre les muscles abducteur et adducteur; mais, sous l'empire de la volonté, ce léger défaut de parallélisme des axes visuels disparaît rapidement; aussi les yeux suivent-ils sans divergence apparente un objet que l'on dirige dans tous les sens. Lorsque les deux yeux sont ouverts, les gros objets ne produisent qu'une seule image; mais les petits, les doigts par exemple, sont vus tantôt simples, tantôt doubles. Ainsi, lorsque l'objet est sur la ligne médiane, par rapport au malade, il est vu double; mais, si on le fait progresser soit à gauche, soit à droite, il n'aperçoit qu'une seule image; la diplopie, lorsqu'elle existe, est latérale; lorsque le malade incline la tête sur l'épaule droite ou gauche, il y a diplopie verticale. Il ne peut se conduire ni au grand jour, ni pendant la nuit; mais il voit assez bien lorsque le temps est couvert et au crépuscule. L'examen à l'ophthalmoscope fait constater, dans l'œil droit, une injection très-prononcée de la choroïde; la papille est couverte en grande partie par des vaisseaux très-congestionnés; à son pourtour, on aperçoit un nuage blanc bleuâtre uniformément répandu, dépassant la circonférence de la papille tantôt de 2 millimètres, tantôt de 3; par conséquent il y a un épanchement à contours irréguliers, onduleux. Toute la surface de la rétine est rouge et sillonnée par des vaisseaux volumineux. Quand on regarde la papille d'avant en arrière et à l'image renversée, on reconnaît qu'un trouble vague est répandu dans l'œil; mais les milieux transparents reprennent leur netteté, si l'on examine l'organe sous un diamètre oblique. La choroïde est surtout injectée près de l'*ora serata;* les vaisseaux veineux de la papille sont très-visibles. Impossibilité de voir les artères, même à l'image droite : elles sont cachées par l'injection morbide. L'œil gauche

est plus gravement affecté; il y a exagération de tous les symptômes indiqués plus haut. Le nuage du fond de l'œil est plus épais; la papille peut encore être entrevue, mais elle apparaît comme le soleil dans une atmosphère chargée; ses vaisseaux artériels sont à peine visibles. Enfin quelques corpuscules flottent dans le corps vitré des deux yeux; mais ils sont plus nombreux à gauche.

Traitement. Une, puis deux et trois pilules bleues par jour, en même temps qu'un gramme d'iodure de potassium. Après un mois de traitement, une gingivite mercurielle oblige de suspendre les médicaments. La vue est toujours dans le même état. Le 24 décembre, c'est-à-dire après cinq semaines d'interruption, C... reprend son traitement hydrargyrique. Le 29 janvier, amélioration très-remarquable : il n'y a plus de strabisme; dans aucune position, il ne voit les objets doubles. Le malade peut se conduire sans difficulté; il lit les noms des rues dans lesquelles il se trouve, il peut même lire les lettres majuscules d'un journal, mais seulement à la lumière naturelle. Il n'y a plus ces images de flammes que le malade voyait auparavant lorsqu'il tenait les yeux fermés. *A l'ophthalmoscope* la papille apparaît très-distincte, surtout à droite. Elle reprend sa coloration d'un blanc jaunâtre et comme nacrée; le nuage qui entourait la papille est dissipé, l'injection de la choroïde a sensiblement diminué. L'œil gauche est dans un état moins satisfaisant, la papille est toujours entourée d'un nuage, mais plus clair que le 24 décembre; les vaisseaux qui la recouvrent sont moins nombreux. La rétine offre elle-même une rougeur bien moins violente. Enfin les flocons du corps vitré paraissent sensiblement diminués dans les deux yeux, nous avons pu en compter trois ou quatre. Le malade continue son traitement; la dose de l'iodure de potassium est portée à $1^{gr},50$ par jour.

Réflexions. — Ce malade, peu attentif, n'a pas remarqué les manifestations syphilitiques dont il portait des traces indélébiles, par exemple, la cicatrice du cuir chevelu, avec dépression osseuse, et l'éruption cutanée qui a laissé des stigmates évidents. Les céphalées noc-

turnes et le strabisme, coïncidant avec les symptômes d'une amaurose commençante et progressive, rendent certain le diagnostic que nous avons posé en tête de notre observation.

Enfin les bons effets obtenus par le traitement anti-syphilitique doivent figurer parmi les documents qui nous autorisent à admettre la nature syphilitique de cette affection oculaire.

Remarquons qu'il y avait chez ce malade, outre la choroïdite et l'épanchement sous-rétinien, une rétinite et des corpuscules flottants dans le corps vitré. Nous doutons que ces flocons organisés puissent disparaître complétement. C'est là aussi l'avis de M. Desmarres, dont l'obligeance nous a permis d'observer ce malade.

Autour de la papille du nerf optique, il y avait, comme nous l'avons dit dans l'observation, une espèce de nuage vague et diffus, paraissant être le premier degré de ces exsudations sous-rétiniennes qui décollent la rétine d'avec la choroïde sous-jacente. A gauche, l'exsudation était complète.

Cette amaurose, ne coïncidant avec aucun signe de tumeur comprimant soit l'encéphale, soit le nerf optique sur une partie de son trajet, aurait été classée parmi les amauroses *nerveuses* syphilitiques. Or l'ophthalmoscope nous a fait constater manifestement qu'il y avait chez ce malade des lésions matérielles dans les parties constituantes de l'œil; lésions dont la diminution, attentivement suivie, a toujours été trouvée en rapport avec l'amélioration de la vue. Le docteur Métaxas a relaté, dans sa thèse inaugurale, une observation qui a beaucoup d'analogie avec la précédente. Il s'agit aussi d'un syphilitique qui avait des flocons du corps vitré, s'agitant pendant les mouvements du globe oculaire, et en même temps un

exsudat sous-rétinien ; car les vaisseaux de la rétine n'étaient pas masqués par ce dernier. Il fait remarquer avec raison, à propos de ce cas, que les exsudats syphilitiques siégent tantôt dans le corps vitré, tantôt dans la rétine. Selon nos observations, leur siége de prédilection est bien plus fréquemment que ne le dit Graefe la portion de la choroïde qui entoure la papille. Selon cet auteur trois fois sur quatre l'épanchement siége aux environs de la papille optique.

OBSERVATION LX. — *Amblyopie syphilitique de l'œil droit; trois dépôts organisés, de la forme de grains de millet, situés au côté externe et supérieur de la rétine. — Nombreuses manifestations diathésiques.*

La nommée G..., gantière, fille, âgée de 35 ans, entra, en mars 1850, dans le service de M. Cullerier, à Lourcine. Elle avait une ulcération spécifique du vagin de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, en même temps qu'une éruption cutanée, abondante surtout au front et au cuir chevelu, de l'alopécie très-prononcée et des adénites. Elle n'éprouvait de douleurs ni à la tête, ni ailleurs. M. Cullerier prescrivit deux pilules mercurielles par jour. G... suivit ce traitement pendant six semaines. Elle sortit de l'hôpital après disparition de toutes les manifestations. En 1852, éruption limitée sur la cuisse gauche. Cette éruption envahissait une surface de la grandeur d'une pièce de 5 francs; elle était violette d'abord et plus tard elle devenait jaunâtre. Éruption semblable à la tempe droite, plaques muqueuses de l'anus et des grandes lèvres. G... consulta de nouveau M. Cullerier, qui lui ordonna de la liqueur de Van Swieten, qu'elle prit pendant un mois. Mais dès que les manifestations se furent dissipées, elle cessa tout traitement. En 1853 elle devint enceinte ; à cette époque elle eut à l'avant-bras droit une nouvelle éruption qu'elle qualifie de dartre. Cette éruption dura six semaines et céda aux bains sulfureux. Elle accoucha naturellement d'un enfant bien portant, qui aurait succombé à la *petite vérole, dix-neuf jours après*

la naissance(?) De 1855 à 1856, G... se porta bien. Elle engraissa et redevint enceinte. Elle accoucha d'un enfant qui vit encore sans avoir jamais rien présenté de syphilitique, au dire de sa mère. Quelque temps après son accouchement, il se manifesta, chez elle, une éruption pustuleuse générale, profonde, qui dura cinq mois; pas de traitement. En avril 1857, elle eut une éruption lichenoïde, siégeant aux jambes et à plusieurs autres endroits, en même temps que des boutons à la tête et aux tempes. Pas de traitement. En août 1857, elle entra dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, où l'on reconnut la nature de l'éruption et l'on soumit la malade aux spécifiques; 2 pilules mercurielles par jour et 1 gramme d'iodure de potassium. G... y resta pendant un mois; toutes les manifestations avaient disparu lorsqu'elle a quitté l'hôpital. Cependant trois ou quatre jours avant de sortir de Cochin, elle avait la vue, du côté droit, un peu troublée; elle voyait les objets comme au travers d'un voile de mousseline. M. Gosselin admit l'existence d'une *amaurose spécifique* commençante, et ordonna des vésicatoires, en même temps que la continuation du proto-iodure de mercure et de l'iodure de potassium. La malade peu docile suspendit de nouveau son traitement peu de jours après sa sortie. Plus tard, un autre médecin lui prescrivit la liqueur de Van Swieten pendant un mois; la vue était toujours trouble du côté droit et des douleurs vives siégeaient à la tête, d'une manière constante, mais avec exacerbations nocturnes. En mars 1858, elle consulta M. Sichel, qui ordonna des pilules mercurielles, pendant quinze jours environ; puis il la soumit au chlorure de barium, pendant trois mois environ, sans aucune amélioration. Aucun traitement depuis.

20 décembre 1858. Elle souffre fréquemment de la tête, surtout le soir vers minuit et pendant deux ou trois heures; elle éprouve en même temps des douleurs dans les os des bras et des jambes. Elle se plaint en outre d'une névralgie intercostale du quatrième espace à droite, avec points douloureux vertébral et sternal. Ce dernier existe près de l'union du cartilage avec la côte. Au milieu de l'espace intercostal, la pression détermine une douleur vive, dans une surface grande comme une pièce de 1 franc; le point prévertébral est plus étendu. Entre les deux points indiqués, la pression ne déter-

mine aucune douleur. Dans les grandes inspirations ou dans les grands mouvements du tronc, G... éprouve spontanément au milieu de l'espace intercostal des élancements rapides. La malade voit, de l'œil droit, comme au travers d'un voile, qui est bien plus épais quand l'objet est porté en dedans et en bas, que dans tous les autres sens. Elle n'aperçoit jamais ni mouches, ni corps lumineux. Elle ne peut lire le texte d'un journal ; à peine en voit-elle les lettres majuscules. Mais, quand elle se sert de son œil gauche, elle voit et lit très-bien. Celui-ci est dans l'état normal ; la pupille de l'œil droit est plus dilatée, mais tout aussi mobile que celle du côté gauche.

L'examen à l'*ophthalmoscope* nous fait constater, à la partie supérieure et externe de la rétine du côté droit, trois petites tumeurs de la grandeur de trois graines de millet (le diamètre de la papille étant de 7 millimètres environ). A leur partie inférieure on voit une tache d'un rouge foncé, paraissant dépendre d'une injection plus forte des vaisseaux en cet endroit. On distingue très-nettement les contours ronds de ces petites tumeurs organisées, qui sont saillantes et comme en relief sur la rétine. Elles sont d'un jaune rougeâtre et ne ressemblent en aucune façon aux tumeurs graisseuses des albuminuriques, qui sont disséminées dans le fond de l'œil sous forme de foyers hémorrhagiques, de vésicules ou de corpuscules graisseux. Cette malade a été examinée par M. Desmarres, qui constata les mêmes lésions que nous, et la soumit au traitement suivant : 2 pilules d'iodure de mercure par jour, de 3 centigrammes chacune.

20 janvier 1859. Les douleurs nocturnes de la tête et des membres ont disparu, il en est de même de la névralgie intercostale. La malade voit un peu plus distinctement de son œil malade et l'ophthalmoscope fait constater que les limites des tumeurs ont un peu reculé, mais d'une manière peu sensible. Néanmoins, il est évident que l'injection circonvoisine de la rétine a presque disparu ; une stomatite mercurielle oblige de suspendre le traitement.

2 février. Nous revoyons la malade ; elle est soumise à l'iodure de potassium, à la dose de 1 grammme par jour. Sa vue est un peu améliorée ; le brouillard dont elle se plaignait est moins épais, dit-elle. Malheureusement elle est obligée de

coudre pour subvenir à ses besoins, ce qui fatigue beaucoup la vue.

Réflexions. — L'existence de la syphilis constitutionnelle ne peut être mise en doute chez cette malade. Ses nombreuses manifestations n'ont jamais été combattues par un traitement régulier. La malade a toujours mis de côté les médicaments après un mois ou six semaines d'administration.

L'amblyopie de cette femme avait commencé avant qu'elle ne quittât le service de M. le professeur Gosselin, qui en reconnut la nature syphilitique, et lui conseilla de se soumettre à un long traitement. Ce conseil n'a pas été suivi. L'ophthalmoscope nous a fait constater, dans ce cas, trois petites tumeurs organisées, qui ressemblaient tout à fait aux tumeurs gommeuses. Leur siége, à la partie périphérique de la rétine, nous explique le peu d'intensité des troubles qu'elles déterminaient, relativement à l'amaurose presque complète qu'elles auraient occasionnée, si elles s'étaient trouvées sur la papille même du nerf optique.

Sans le secours de l'ophthalmoscope, on se serait borné à diagnostiquer chez cette malade une amblyopie *nerveuse;* car aucun symptôme n'aurait autorisé à soupçonner une tumeur du crâne ou de l'orbite.

Il est possible que ces tumeurs aient eu, à cause de leur vieille date, le temps de s'organiser définitivement, de manière que les médicaments spécifiques ne puissent plus les faire disparaître.

Nous avons revu cette malade plusieurs fois, depuis cette époque; elle a continué son traitement antisyphilitique avec la plus grande régularité, s'il faut s'en rapporter à son dire. Aucune nouvelle manifestation n'aurait paru chez elle. Examinée par nous à l'ophthalmoscope

pour la dernière fois, le 25 août, G... présentait encore les trois tumeurs décrites plus haut, bien que leur volume fût très-sensiblement diminué depuis la première exploration.

Observation LXI. — *Syphilis constitutionnelle. — Nombreuses récidives. — Amaurose syphilitique. — Impuissance de plusieurs traitements. — Amélioration rapide par les spécifiques.*

X..., officier, âgé de 33 ans, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, entre à l'hôpital du Midi, le 30 octobre 1852, au n° 1 des salles payantes, service de M. Ricord, pendant que nous étions son interne. Il n'a eu aucune maladie grave, jusqu'en 1840. A cette époque il contracta un chancre du prépuce, qui a duré pendant un mois, et dont il s'est aperçu huit jours après le coït. Traitement émollient. Quinze jours après, il dit avoir vu, et pour la première fois, des végétations à l'endroit où siégea le chancre, ainsi qu'au voisinage; ces végétations furent excisées et cautérisées. En 1841, il a eu une adénite suppurée du cou, sans aucune autre manifestation. En juillet 1844, X... eut à la bouche une ulcération qu'il considéra comme syphilitique; elle céda à l'emploi de quelques gargarismes et ne fut pas suivie d'autres accidents. En août 1848, chancre du prépuce, avec engorgement des ganglions inguinaux; le chancre a duré un mois, il a envahi presque tout le pourtour du gland. Application locale de calomel. Pas de traitement interne. Un mois après la disparition du chancre, syphilides lenticulaires au front, alopécie, ganglions cervicaux dont quelques-uns ont suppuré, douleurs intenses dans les membres et les articulations, plaques muqueuses à l'isthme du gosier. Au mois d'octobre de la même année, il consulta M. Cruveilhier, qui le soumit à la liqueur de Van Swieten, à la dose d'une cuillerée à bouche par jour, dans du lait. Trois jours après, un érysipèle de la face obligea de suspendre ce traitement; plus tard, M. Marjolin ordonna 1 gramme d'iodure de potassium par jour et des pilules de $0^{gr},05$ d'iodure de mercure. Ce traitement fut continué pendant six semaines environ. L'éruption cutanée, le mal de

gorge, les ganglions cervicaux, les douleurs des membres ont sensiblement diminué sous son influence. Pendant qu'il était soumis aux spécifiques, X... contracte une uréthrite qui oblige de suspendre le traitement. Un mois après, il est remis à sa médication antisyphilitique, qu'il a suivie très-irrégulièrement, ne prenant ses médicaments que deux ou trois fois par semaine. En 1849, X... éprouve de nouveau de fortes douleurs dans les membres. Aux taches cuivrées persistantes du front, il s'est ajouté des pustules qui se sont montrées aussi au cuir chevelu; accidents du côté de la gorge; alopécie et déformation des ongles des doigts des deux mains : ils étaient épais en même temps qu'ils *se recourbaient comme des griffes*. Ceux des pieds sont devenus cassants et jaunes; le malade voulant un jour les couper, plusieurs d'entre eux se sont brisés au milieu de leur longueur. X... entre à cette époque au Val-de-Grâce. Il y prit une quarantaine de pilules mercurielles, dont nous ignorons la composition ; puis il obtint un congé de quatre mois, pendant lesquels il prit du rob Laffecteur et des pilules mercurielles. Voyant enfin que malgré ce traitement tous les accidents persistent et à bout de patience, il rentre dans son régiment et cesse toute médication. En 1850, hémoptysie, douleurs ostéocopes très-intenses, céphalées peu violentes. En janvier 1851, la vue se trouble d'une manière subite; il s'en aperçut en voulant lire son journal. Le lendemain, voulant recommencer sa lecture, il voyait constamment comme une toile d'araignée étendue au-devant des lettres; en outre, une espèce de mouche noire se dirigeait partout où il jetait les yeux. Le malade ne fit aucune attention à tous ces phénomènes. La vue s'est empirée de plus en plus, et au mois d'octobre il voyait à peine pour se conduire. Entré dans un hôpital militaire, on lui posa des vésicatoires et on lui fit prendre de la strychnine sans aucune amélioration. La maladie s'aggravant toujours, on lui appliqua un séton à la nuque; puis il prit de nouveau environ 120 pilules mercurielles. Les ongles offraient toujours les mêmes altérations; la vue ne s'est point améliorée, les douleurs ostéocopes persistaient. Plus tard, il prit de l'iodure de potassium, mais une toux avec expectoration abondante l'obligea de suspendre l'usage de ce médicament. Quelque temps après, il entra au Val-de-Grâce, où

M. Larrey lui a ordonné de rechef de l'iodure de potassium, à la dose 1 à 3 grammes par jour. L'œil gauche ne distinguait que la lumière des ténèbres; quant à l'œil droit, il pouvait encore apercevoir les couleurs, mais avec beaucoup de difficulté; le malade était dans l'impossibilité de lire. A cette époque, il survint à gauche un strabisme qui dura un mois; on ajouta au traitement antérieur la tisane de Feltz et des frictions autour des orbites, avec de la pommade mercurielle belladonée. Sous l'influence de ces médicaments, la vue s'améliora très-notablement, au point que le malade pouvait distinguer, avec les deux yeux, les personnes qui se trouvaient autour de lui; mais la lecture était toujours impossible. Dès qu'il eut quitté le Val-de-Grâce, il cessa tout traitement. Deux mois après, douleurs dans les os des membres, lassitude, prostration, fatigue, sans même que le malade eût marché, diminution de l'appétit. Il consulte M. Ricord le 15 octobre 1852; son ordonnance est ainsi conçue: *Antécédents syphilitiques, altération des ongles, amaurose.* Traitement: décoction de douce amère, avec 3 cuillerées par jour du mélange suivant: sirop de valériane, 500 grammes; iodure de potassium, 30 grammes; tous les soirs frictions sur la colonne vertébrale avec 6 grammes d'onguent napolitain; enfin frictions sur les tempes, avec une pommade à la vératrine.

Au moment de son entrée à l'hôpital du Midi, les ongles du pied et surtout des gros orteils sont jaunes et très-épais; ils ont la forme des sabots des solipèdes; leurs bords libres sont irréguliers et cassants; le malade nous dit qu'ils ne croissent plus depuis quelque temps; taches cuivrées sur le front; pas d'iritis, pupilles contractiles, non déformées, fond pupillaire normal. Avec l'œil gauche le malade voit à peine les objets. Il ne distingue pas les yeux de l'observateur qui se trouve à un pas de distance de lui. Avec l'œil droit il distingue facilement même les petits objets; cependant il n'aperçoit pas les lettres d'un livre. Les douleurs des membres persistent; mais elles sont modérées depuis que X... reprend l'iodure de potassium. Les ongles des mains ont une épaisseur d'un demi-centimètre. Ils sont en forme de sabot, convexes d'arrière en avant. Le malade lime leur face supérieure, sans quoi, dit-il, ils seraient encore bien plus épais. Les deux sommets des pou-

mons sont mats. A l'auscultation, ils présentent des râles muqueux à grosses bulles. Expectoration abondante et épaisse. M. X... est appelé à son régiment dans le courant du mois de novembre. Pendant un mois, il a continué très-régulièrement le traitement indiqué plus haut. Les douleurs des membres ont complétement disparu, les tâches cutanées se sont éclaircies ; la vue s'est améliorée, au point qu'il lisait avec l'œil droit les grosses lettres d'un journal. Le brouillard épais, qui enveloppait autrefois tous les objets que le malade voyait, a beaucoup diminué. La toile d'araignée non mobile qu'il rencontrait sur toutes les images persiste toujours. A partir de ce moment nous n'avons plus eu de nouvelles de ce malade.

Réflexions. — A l'époque à laquelle nous avons recueilli cette observation, l'exploration des yeux n'était pas complétée par l'examen ophthalmoscopique ; nous ignorons par conséquent l'état du fond de l'œil chez ce malade ; mais, en lisant attentivement son histoire, il est impossible d'attribuer l'amaurose à une tumeur comprimant, soit une partie de l'encéphale, soit simultanément les deux nerfs optiques. En outre, il n'y avait pas d'iritis ; or, ce serait là un exemple d'amaurose syphilitique sans lésion appréciable.

Si l'on compare cette observation à celles des autres malades amaurotiques, insérées dans ce chapitre, on acquiert presque la conviction qu'il y avait une affection de la rétine ou de la choroïde que l'ophthalmoscope nous aurait révélée. Quoi qu'il en soit, l'amélioration de la vue sous l'influence des antisyphilitiques, après de nombreux traitements infructueux, est bien digne de remarque, et fait dissiper toute incertitude quant à la nature de l'affection oculaire.

OBSERVATION LXII. — *Syphilis constitutionnelle.* — ***Éruptions,*** *céphalées, chute des ongles et des poils.* — ***Fièvre intermittente*** *quotidienne.—Névralgie faciale.*—***Amblyopie, vision de corpuscules lumineux, etc.*** — ***Iritis; choroïdite. Nombreux dépôts disséminés dans le fond de l'œil. Résorption du pigmentum par places.***

G..., âgé de 33 ans, eut une uréthrite en 1850, qui dura un mois et guérit avec des pilules de composition inconnue. Pas d'accidents consécutifs. En août 1856, chancre du filet, de 1 centimètre d'étendue environ. Induration après la cicatrisation. Adénite inguinale double, non suppurée. Pansement des chancres avec de l'onguent gris. En janvier 1857, il consulta un pharmacien qui lui donna des pilules de protoiodure de mercure (nous en ignorons la dose) ; il prit d'abord 2 de ces pilules, puis 3 et arriva progressivement jusqu'à 6 par jour. Ce traitement fut continué pendant deux mois. Il détermina de la diarrhée et un ptyalisme mercuriel violent. Malgré cette médication et pendant que le malade y était soumis, il parut sur le front et sur le cuir chevelu des pustules, et une éruption pityriasique dans la barbe et les moustaches ; c'était en février 1857. Quelques jours après et toujours pendant qu'il prenait 4 et même 6 pilules par jour, il lui survint une éruption générale polymorphe, composée de plaques rouges et de pustules de dimensions variées.

Le 1er mars, il laissa le mercure et prit, pendant une semaine, de l'iodure de potassium, à la dose de 1 gramme par jour. Voyant que son état s'aggravait de plus en plus, que l'éruption devenait de jour en jour plus confluente et furonculeuse, il alla consulter un médecin. A ce moment-là, G... était couvert de gros boutons et de croûtes. Il avait des plaques muqueuses à la bouche, à l'anus et sur le scrotum. De plus, *chute complète des cheveux, de la barbe, des sourcils et des cils,* ainsi que des poils du mont de Vénus. Syphilides palmaires et plantaires avec détachement de l'épiderme sous forme de larges plaques. Éruptions farineuses à la place des favoris et des moustaches. Adénopathie cervicale très-prononcée. Douleurs de tête très-fortes et continuelles ; mais plus intenses à la chute du jour. X... devint pâle, très-faible, se fatiguait facilement et avait très-fréquemment des étourdissements, à

un tel point qu'il craignait quelquefois de tomber par terre au milieu de la rue. En même temps, sensation de battements très-douloureux dans la tête et élancements fréquents; bourdonnements et sifflements d'oreilles très-violents, au point que l'ouïe en était troublée. Appétit conservé, digestions physiologiques. Les désirs vénériens avaient également persisté. A partir du 14 mars, tous les soirs, vers les quatre heures, il avait des frissons violents; puis il lui survenait une fièvre très-forte qui durait trois heures environ. Pendant le stade du froid, il n'éprouvait pas de douleurs; mais aussitôt la période de chaleur arrivée, des céphalées intenses se faisaient sentir. Le sommeil était très-agité et interrompu. Le moral était également très-affecté; X... devint irritable, impatient, colère. Cet état s'aggravant de jour en jour, il fut obligé de cesser ses occupations d'employé et de se mettre au lit. Un médecin consulté à cette époque ordonna une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure par jour. Consécutivement à ce traitement, toutes les manifestations ont disparu avec rapidité. *Tous les ongles des pieds et des mains*, sans exception, *étaient tombés*, et de nouveaux commencèrent à repousser. Cependant le malade était toujours faible; il éprouvait souvent des vertiges, des étourdissements, des battements de cœur et des douleurs de tête très-fortes; à tel point que, malgré son amélioration notable, il garda le lit pendant tout le mois suivant. Le nombre des pilules fut porté progressivement à 4 et à 6 par jour. Ce traitement fut suivi pendant trois mois. A cette époque, les cheveux et les poils avaient repoussé, mais il survint une stomatite mercurielle qui obligea de suspendre le traitement pendant quinze jours; après quoi, X... prit en même temps du mercure et de l'iodure de potassium pendant trois autres mois. Au mois de septembre, quinze jours après la suspension de son traitement, les yeux commencèrent à devenir malades. Cependant il ne restait plus aucun symptôme apparent de syphilis, si ce n'est quelques douleurs vives dans la tête, et surtout une sensation de coups de marteau au sinciput. X... voyait des deux yeux, et d'une manière constante, de nombreuses mouches qui étaient, la plupart du temps, luisantes et irisées; elles paraissaient plus nombreuses après la marche et la fatigue. Il les voyait constamment, que les yeux

fussent ouverts ou fermés. Pas de douleurs oculaires, seulement les yeux sont devenus très-larmoyants. Depuis cette époque la vue s'est troublée. Le 1er décembre 1858 il est dans l'état suivant : Ganglions inguinaux engorgés ; pas de taches, ni de boutons ; rien aux testicules, à la gorge, ni aux os. La tête est toujours lourde ; de temps en temps il a des étourdissements et des vertiges. Céphalées quotidiennes, commençant dans l'après-midi et durant six et même huit heures. Elles siégent au sinciput et aux tempes. Ces douleurs sont de deux sortes ; il y en a d'encéphaliques, lancinantes et interrompues; mais en même temps X... a des névralgies. Avant le début des douleurs, il éprouve des bouffées de chaleur vers la tête et il rougit ; la face se tuméfie un peu et les névralgies commencent. Nous lui trouvons, par la pression, des points très-douloureux, et des deux côtés, à l'émergence du nerf sous-orbitaire, au niveau de la réflexion du nerf frontal sur le bord de l'orbite, et sur le trajet des temporaux superficiels. Il y a encore d'autres points douloureux dont un près du sinciput; la pression y détermine des douleurs très-vives et fait pousser des cris au malade. Sa mémoire, excellente autrefois, est de beaucoup diminuée aujourd'hui. Il a aussi continuellement des idées tristes et mélancoliques. Ainsi, lorsqu'il se trouve avec ses amis, il a des moments de chagrin non motivé : un jour, il voulait se jeter à la Seine, et sans *aucune raison*, dit-il (il n'était pas pris de vin). Ses fonctions viriles sont très-bonnes, ses digestions naturelles; X... est très-sobre; il ne commet jamais aucun excès, il a un embonpoint marqué ; il est frais, rose, grand et d'une très-bonne constitution. Yeux couleur lie de vin, pupilles dilatées, surtout la gauche. Il voit mieux de l'œil droit. Lorsqu'il jette les regards sur du papier blanc, il voit une vingtaine d'images composées chacune d'un point noir situé au milieu de cercles lumineux, irisés, de diverses couleurs, de plus en plus excentriques et de plus en plus pâles. En même temps, les objets lui paraissent entourés d'un brouillard d'autant plus épais qu'il y a peu de lumière, mais il ne voit toujours que la partie de l'objet la plus éclairée ; ce qui est dans l'ombre lui échappe. Il lit bien, mais il est obligé de fixer mot par mot; ceux du voisinage ne sont pas saisis en même temps. Il lui arrive souvent aussi

qu'un mot lui échappe et qu'il soit obligé de recommencer sa lecture pour le chercher; mais il le retrouve toujours. Néanmoins il lit assez bien les noms des rues qu'il traverse. Pupilles contractiles, la droite bien plus que la gauche. L'examen à l'ophthalmoscope fait constater que tout le fond de l'œil est le siége d'une injection très-marquée; les vaisseaux de la papille sont gorgés de sang et comme variqueux. Sur une grande partie de son étendue, le fond de l'œil est d'une coloration rouge foncé, comme violacé et sillonné par de nombreux vaisseaux, entre lesquels se trouvent des dépôts de pigmentum séparés par des intervalles blanchâtres, où la matière pigmentaire faisant défaut laisse voir la membrane sous-jacente, la sclérotique; ce sont là les indices d'une inflammation chronique de la choroïde. En outre, il y a par place de petits dépôts plastiques, multiples, de la grosseur environ d'une tête d'épingle. Il n'y a pas d'épanchement autour de la papille. Les deux yeux nous offrent les mêmes lésions anatomiques.

Traitement.—Deux pilules, chacune de $0^{gr},05$ de proto-iodure de mercure, iodure de potassium 1 gramme par jour.

15 janvier. Les douleurs de tête ont tout à fait disparu, l'état général est toujours excellent. La vue s'est améliorée; il voit bien plus nettement que la dernière fois; les images constituées par des cercles irisés, dont nous avons parlé, sont moins nombreuses et les cercles moins lumineux; il lit mieux et ne perd pas le fil de sa lecture.

L'*ophthalmoscope* nous fait constater que la congestion de la choroïde est moins marquée, il en est de même des vaisseaux qui recouvrent la papille du nerf optique. On voit toujours les petits dépôts plastiques dont nous avons parlé; de sorte que nous sommes à nous demander si, malgré cette amélioration éprouvée par le malade, son affection est curable. Il est à craindre que des lésions anatomiques si prononcées ne puissent pas disparaître par le traitement; cependant celui-ci aura toujours l'avantage d'améliorer la vue, comme il l'a déjà fait, et de prévenir la production d'une amaurose complète.

16 février. Amélioration très-prononcée. Il ne voit qu'un petit nombre des images décrites, qui sont à peine colorées; il peut lire facilement; plus de douleurs de tête. L'ophthalmoscope nous fait constater une diminution remarquable de la

congestion de la choroïde qui cependant est encore parcourue par de nombreux vaisseaux dilatés. La plupart des corpuscules plastiques ont disparu.

Réflexions. — Les divers accidents constitutionnels mentionnés dans cette observation ont continué à s'aggraver chez G..., malgré le traitement mercuriel auquel il fut soumis. C'est que, selon toute apparence, bien que nous ignorions la quantité du médicament et la préparation hydrargyrique employées, il n'avait pas atteint la dose nécessaire, indispensable à son individualité pour combattre la syphilis. En effet, il n'y a pas de dose fixe pour le mercure; tel individu peut voir tous les accidents syphilitiques qu'il présente reculer devant 5 centigrammes de proto-iodure de mercure, pris journellement pendant quelques jours; tandis que chez tel autre malade, 20 et même 25 centigrammes du médicament sont loin d'entraver la marche de l'affection.

On a vu, en lisant son histoire, que ce malade a présenté de nombreux signes d'anémie profonde; signes qui se sont plus tard dissipés par le seul effet de la médication hydrargyrique. Pendant que la diathèse sévissait chez ce malade, sans être influencée par les spécifiques, une fièvre intermittente, quotidienne, éclata, avec ses trois stades bien dessinées. Aussitôt la période de la chaleur arrivée, G... commençait à ressentir des douleurs de tête violentes.

Il y a, dans l'observation de ce malade, une autre particularité curieuse : la sécrétion des poils et des ongles fut tellement modifiée par la syphilis, qu'il perdit tous ses cheveux et tous ses poils jusqu'à ceux du pudendum, ainsi que les ongles des doigts et des orteils.

Telle fut l'intensité et la persistance de la maladie

chez ce sujet qu'après avoir suivi un traitement hydrargyrique de trois mois environ, pendant lesquels il prit journellement jusqu'à 4 et 6 pilules de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure chacune; après avoir continué pendant trois autres mois un traitement mixte, dans le but de prévenir les récidives, quelques jours à peine venaient de s'écouler depuis la suspension de la médication spécifique, que la diathèse fit de nouveau acte de présence par des phénomènes amblyopiques. Le brouillard fut ici, comme chez tous les malades que nous avons observés, le premier phénomène morbide. Le champ visuel était rempli d'une infinité d'images composées d'un point central noir, entouré de cercles lumineux. L'ophthalmoscope fit constater une rétinite, témoin l'injection et la multiplicité des vaisseaux de la papille, une choroïdite ancienne, qui avait déterminé, en certains endroits, la résorption de la matière pigmentaire, et enfin de petits dépôts disséminés dans le fond de l'œil, et que nous attribuerions volontiers à de la matière plastique que la syphilis dépose si souvent dans l'épaisseur de presque tous les organes.

Nous pensons que les troubles visuels présentés par ce malade peuvent être facilement expliqués par les lésions que l'ophthalmoscope a découvertes chez lui. En effet, l'injection prononcée de la papille nous rend compte du brouillard qui enveloppait tous les corps. Les dépôts siégeant sur la choroïde masquaient par leur présence une partie des objets, et déterminaient, fort probablement par la pression qu'ils exerçaient sur la membrane rétine, ces images lumineuses dont nous avons parlé, et que G... apercevait, lors même qu'il tenait les yeux fermés. Un traitement spécifique a dissipé les céphalées, en même temps que la vue s'améliorait progressivement.

L'ophthalmoscope nous a toujours permis, dans ce cas, de suivre *de visu* l'amélioration effectuée du côté des yeux.

M. le professeur Gosselin a eu l'extrême obligeance de nous faire voir une de ses clientes atteinte de mydriase. Voici, en peu de mots, l'histoire de cette malade:

OBSERVATION LXIII. — *Syphilis constitutionnelle.* — *Mydriase.* — *Amaurose syphilitique commençante.* — *Choroïdite syphilitique.*

Madame X..., âgée de 33 ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais souffert des yeux antérieurement, se présente chez M. Gosselin, au commencement de l'année 1858, se plaignant d'un affaiblissement de la vue à droite. Les objets étaient vus comme enveloppés par un brouillard ; l'accommodation de l'œil aux distances était aussi très-difficile, surtout pour les objets placés près de la malade. Dans certains moments, les contours des meubles lui semblaient mal délimités et paraissaient osciller. Pas de diplopie; jamais rien d'inflammatoire, visible à l'œil nu du moins ; pas d'iritis; pas de photophobie; la pupille droite est dilatée et ne se resserre pas, soit que la malade porte les yeux d'un objet éloigné à un objet situé près d'elle, soit sous l'influence de la lumière. M. Gosselin constata, à l'examen, une éruption cutanée papuleuse syphilitique et des plaques muqueuses. Grâce à un interrogatoire dirigé avec toute l'adresse exigée par les circonstances, il obtint l'aveu de relations illégitimes; l'examen du jeune homme, offrant lui-même des accidents de syphilis constitutionnelle, a permis de remonter jusqu'à la source de l'infection. Ainsi convaincu de la nature de cette mydriase, M. le professeur Gosselin soumit cette dame aux préparations mercurielles. Sous l'influence de ce traitement, et en même temps que les manifestations syphilitiques disparaissaient, la vue devenait meilleure. Madame X... interrompit de son chef le traitement, lorsque tous les symptômes eurent disparu; mais, peu de temps après, de nouvelles manifestations cutanées et des ulcérations des

ıeuses annonçaient une nouvelle explosion de la diathèse litique. L'œil droit redevint le siége des troubles qu'il présentés autrefois. Madame X... fut remise au traitement ŗphilitique qu'elle suspendit encore une fois, sans le conment de son médecin, aussitôt qu'elle se vit améliorée. elle rechute, combattue par les mêmes moyens ; nouvel ıdement. Enfin, vers le 1er novembre 1858, après une elle suspension prématurée du traitement, les deux iris devenus mydriasiques et la vue s'est profondément trounotamment du côté gauche.

10 décembre 1858, lorsque nous avons vu madame X... M. Gosselin, elle ne présentait aucune éruption cutanée ; n'avait rien du côté des muqueuses, depuis une vingtaine ıurs environ. Les yeux n'offrent aucun symptôme inflamıire à l'extérieur; les conjonctives sont à l'état normal; il ı pas d'iritis. Les pupilles sont très-dilatées; cependant, du côté droit l'est moins que la gauche qui ne présente, ɥu'on l'examine à la lumière naturelle, qu'une distance ",0034 environ, entre ses deux circonférences. Lorsqu'on un œil fermé, pendant que l'on ouvre et que l'on e alternativement les paupières du côté opposé, la puse contracte très-lentement et très-faiblement; mais les vements contractiles sont plus appréciables, quand on ıe et que l'on ouvre les deux yeux en même temps. Dans les cas, l'iris de l'œil gauche est bien moins mobile que i du côté opposé. En général madame X... voit mieux ɥu'un de ses yeux est fermé. Ainsi qu'elle le dit elle-même, leux yeux se gênent mutuellement, dans l'exécution de s fonctions. Pas de diplopie. A une distance d'un mètre əmi, elle voit l'heure à la pendule; mais toujours comme ravers d'un brouillard ; en général les contours des objets mal circonscrits et diffus. A un mètre de l'œil environ, ne peut déjà plus lire le titre d'un journal; elle voit les es d'autant moins distinctement qu'elles sont plus rappros. Elle lit cependant le titre du journal, quand on le tient elà d'un mètre; dans aucune position, elle ne peut en lire xte. Les petits objets, comme une aiguille fine, sont vus à ınce; mais leur image s'embrouille d'autant plus qu'ils plus près d'elle; elle n'y voit pas assez pour coudre. Par

l'*ophthalmoscope* nous trouvons que la papille gauche est très-distincte et dans l'état normal; mais elle est recouverte par des vaisseaux volumineux, dilatés, entre lesquels on l'aperçoit. Tout le fond de l'œil au pourtour de la papille est d'un rouge foncé presque brun et parcouru par des vaisseaux veineux très-développés. On suit ces vaisseaux rétiniens bien loin du point de leur émergence de la papille. A droite il y a les mêmes lésions, seulement à un bien moindre degré qu'à gauche : il n'y a qu'une injection et une rougeur bien plus prononcées qu'à l'état normal; mais on ne voit pas ces vaisseaux variqueux et cette couleur rouge violacé qu'on observe à gauche; en un mot il y a choroïdite très-prononcée à gauche et bien légère à droite. L'état des vaisseaux de la papille nous révèle aussi que la rétine elle-même participe à la congestion.

Réflexions. — M. le professeur Gosselin nous a communiqué un autre fait semblable. Le frère d'un médecin, affecté de syphilis constitutionnelle, fut atteint d'amblyopie spécifique. M. Gosselin avait remarqué cette injection et cette coloration violacée du fond de l'œil. Un traitement spécifique habilement dirigé fit justice des troubles visuels, en même temps que le fond de l'œil revint à son état normal.

Dans l'observation de cette dame, la diathèse syphilitique ne peut être révoquée en doute. L'amélioration de la vue, à la suite de chaque traitement mercuriel, est une preuve en faveur de la nature spécifique de l'affection oculaire.

L'examen de l'intérieur de l'œil nous a permis de constater qu'il y avait, chez cette malade, une inflammation de la choroïde; inflammation qu'on observe dans le plus grand nombre des amblyopies occasionnées par la syphilis. Le peu d'impressionnabilité de la rétine nous explique la paresse des deux pupilles; et ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est le rapport direct

qui existait entre l'intensité de l'inflammation et le degré d'asystolie irisienne. En effet, c'est à gauche que l'inflammation de la rétine était le plus prononcée, et c'est l'iris gauche aussi qui se contractait le moins, sous l'impression de la lumière.

OBSERVATION LXIV. — *Diathèse syphilitique. — Amblyopie symptomatique d'un décollement de la rétine à gauche et d'une choroïdite à droite.*

Le nommé D..., âgé de 28 ans, autrefois menuisier et maintenant homme de peine, dit n'avoir jamais eu de chancre, ni aucune affection sérieuse des organes génitaux, si ce n'est un petit écoulement il y a deux ans. Il y a cinq ans, il eut des crêtes de coq, dit-il, et rien de plus; on les a coupées et brûlées, et à cette occasion on lui a fait subir un traitement dont il ignore la nature. Toujours est-il qu'il eut à différentes reprises, et depuis cette époque, des douleurs dans les articulations et plus tard dans la continuité des membres, dans les os des jambes notamment. Il eut en outre diverses éruptions cutanées dont les premières, à son dire, ont consisté en de petits boutons pustuleux qui ont envahi surtout les membres inférieurs et qui ont laissé à leur suite des taches foncées pendant plusieurs mois. A la même époque il lui est survenu des plaques muqueuses sur les bourses. Plus tard les éruptions devinrent plus profondes; il eut un ecthyma dont il porte encore les traces, il y a deux ans environ, et une éruption profonde sur la partie supérieure et externe de la jambe gauche qui, à en juger par deux cicatrices profondes qu'elle a laissées, doit être attribuée à des tubercules syphilitiques; les cheveux sont tombés aussi, enfin il eut plusieurs ganglions du cou très-développés. La vue a commencé à s'embrouiller chez ce malade il y a quatre ans. A cette époque, il eut une inflammation de l'œil gauche; il avait des douleurs névralgiques au front et dans l'oreille gauche; il voyait trouble, surtout lorsqu'il regardait en haut. Quelques jours plus tard, l'œil droit devint malade de la même façon. L'inflammation disparut sous l'influence des purgatifs et des vésicatoires. Cepen-

dant la vision resta un peu troublée, et la pupille déformée. Quelque temps après, la vue commença à baisser de plus en plus. D... ne suivit aucun traitement antisyphilitique. En mars 1858, il quitta la province qu'il habitait, pour venir à Paris. A cette époque l'œil gauche ne voyait plus que d'une manière très-confuse; mais le droit était assez bon : le malade pouvait même s'en servir pour la lecture qui, néanmoins, était fort difficile.

Le 2 décembre 1858, il se présente à la consultation de M. Desmarres, où nous l'avons examiné, dans l'état suivant : taches d'ecthyma profond sur les membres inférieurs ; groupes de cicatrices livides de tubercules ulcérés sur la jambe droite ; douleurs intenses, surtout nocturnes, dans la tête et dans les membres. Avec l'œil droit, il ne peut lire que les grosses lettres d'un journal, le titre par exemple, qu'il voit enveloppé d'un brouillard fort épais. Il distingue bien tous les objets avec leur couleur, leur forme, leurs contours ; il décrit assez bien les traits d'une figure qu'on lui fait examiner à un mètre de distance. Il ne voit ni mouches, ni taches, ni voile mobile, comme certains de nos malades amblyopiques. L'iris de ce côté est décoloré par places, et comme verdâtre. La pupille est immobile, ovale de haut en bas et irrégulièrement étoilée; on voit en effet sur la petite circonférence de ce diaphragme un grand nombre de prolongements, de rayons qui convergent vers le centre ; mais ils ne sont visibles qu'à la lumière réfléchie par une lentille. Des lésions identiques, mais plus prononcées, existent à gauche ; lorsque le malade regarde de face, il voit comme à travers des nuages *moutonnés* et ne peut apprécier ni la forme, ni la grandeur des objets. Du côté externe, il voit mieux quand il ne fixe pas l'objet; par exemple, lorsque, la pupille étant dirigée en face, l'objet est mis vers l'angle externe de l'œil; dans ces conditions, il voit le nombre des doigts qu'on lui montre, néanmoins avec difficulté et en cherchant. Le voile qui recouvre les objets dans cette position est peu épais. En examinant ce malade à l'ophthalmoscope avec M. le docteur Desmarres, nous trouvons à droite une inflammation manifeste de la choroïde ; les vaisseaux de cette membrane sont nombreux et dilatés. Tout le fond de l'œil a un aspect violacé, brun foncé, dépendant de

la congestion de la choroïde; la papille est nette, mais les vaisseaux qui la recouvrent sont nombreux et fortement congestionnés; on peut les suivre sur une grande partie de la rétine. A gauche, outre les lésions précédentes, on trouve au niveau de la papille du nerf optique, la rétine irrégulièrement décollée et portée en avant par un épanchement qui l'a détachée de la choroïde. La papille est peu distincte, elle a perdu son aspect nacré et brillant; néanmoins, on la reconnaît, ainsi que les vaisseaux centraux de la rétine. Cet épanchement est plus étendu en haut et en dehors; il offre une étendue transversale de 8 millimètres environ et une coloration grisâtre, ou plutôt d'un blanc sale. Les vaisseaux de la papille ne sont point masqués par l'épanchement qui siége par conséquent au-dessous d'eux. *Traitement.* 2 pilules de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure; iodure de potassium, 1 gramme par jour. Le 8 janvier 1859, le malade voit mieux de son œil droit; les dépôts pigmentaires restent toujours, bien entendu, dans le champ de la pupille, ainsi que les légères synéchies postérieures. L'épanchement sous-rétinien gauche paraît un peu diminué et comme affaissé; l'injection de la choroïde est aussi un peu moins prononcée. L'affection est d'une date beaucoup trop ancienne pour qu'on puisse espérer la disparition complète de l'épanchement, qui paraît être organisé.

Nous avons revu plusieurs fois ce malade et à diverses époques, depuis que cette observation a été prise. Il a continué son traitement pendant six mois et avec la plus grande régularité, sauf quelques interruptions nécessitées par une gingivite hydrargyrique. L'épanchement sous-rétinien s'est résorbé, la choroïdite a disparu; mais à l'œil gauche, où siégeait l'épanchement sous-rétinien, il est survenu la lésion définitive décrite sous le nom d'atrophie de la papille; c'est-à-dire que la papille du nerf optique a diminué de grandeur en même temps qu'elle a perdu cet éclat nacré qu'on lui trouve dans l'état normal; les vaisseaux centraux de la rétine, qui couvrent la papille ont

perdu aussi de leur calibre, comme s'ils étaient étranglés par un obstacle qui empêcherait la libre arrivée du sang dans leur intérieur. La vue est restée très-diffuse du côté gauche. Le malade pouvait se conduire dans la rue et se garer des voitures; mais il était dans l'impossibilité de distinguer avec précision les traits de la figure d'une personne, à quelque distance qu'elle fût. De l'œil droit, il pouvait lire le texte d'un journal, cependant avec difficulté et en suivant avec le doigt les mots qu'il regardait. Les couleurs et les plus petits objets étaient assez facilement appréciés. Bien que les troubles de la vision, chez ce malade, dépendissent incontestablement de la présence de lésions syphilitiques, nous ne sommes point étonné que les spécifiques n'aient pas rétabli la vue entièrement. L'affection oculaire datait en effet de plusieurs années dans ce cas ; de sorte que les résolutifs spéciaux ne pouvaient plus rien contre l'épanchement organisé, et qui altéra d'une manière définitive la texture de la rétine.

OBSERVATION LXV. — *Syphilis constitutionnelle. Amaurose; rétinite syphilitique avec choroïdite.*

S... âgé de 39 ans, fondeur d'acier. En 1856, uréthrite avec petits chancres. L'écoulement dura pendant plusieurs mois. Huit semaines après l'apparition de ces accidents, il eut des plaques muqueuses à l'isthme du gosier et à l'anus, une éruption pustuleuse du cuir chevelu, et des douleurs de tête dans la région du front, douleurs qui augmentaient par la chaleur de son fourneau ; l'ouïe devint aussi un peu dure des deux côtés. Douleurs dans les membres et malaise général ; adénopathie cervicale et inguinale; la vue était normale. En avril 1857, il alla chez Ch. Albert, qui le soumit à un traitement mercuriel pendant deux mois. Tous les symptômes précités ayant disparu, il cessa toute médication. Mais trois mois après (en août 1857) il retourna chez Ch. Albert pour une céphalalgie

intense et pour une nouvelle uréthrite. Il y avait déjà quelque temps qu'il avait commencé à voir les objets enveloppés d'un nuage, surtout avec l'œil gauche; de temps en temps il apercevait des mouches brillantes, et à la lumière artificielle, comme *des perles bleues*. D'autres fois il voyait une lumière pâle et onduleuse. Toutes ces images très-mobiles existaient, que les paupières fussent ouvertes ou fermées. Cependant le jour il pouvait lire avec l'œil droit; il continuait aussi son travail; mais la nuit il ne pouvait ni lire, ni travailler. Il ne voyait même pas assez pour se conduire. Je dois noter, que des douleurs de tête violentes avaient précédé les troubles de la vision et qu'elles continuaient toujours avec la même intensité. Il resta dans cet état pendant trois ou quatre mois, puis le nuage s'épaissit de plus en plus, et le malade finit par ne plus voir ni pour travailler, ni pour se conduire. En décembre 1857, il consulta M. Desmarres, qui ordonna des pilules mercurielles. Vingt jours après, son état s'est tellement amélioré qu'il a pu reprendre son travail. Il parvint même à lire au bout de quelque temps. Dès qu'il vit cette amélioration très-sensible, il mit de côté tout traitement, se croyant parfaitement guéri. Quelques mois après, il eut encore des éruptions cutanées et la vue se troubla de nouveau à un tel point qu'il ne pouvait se conduire. Il retourna encore chez M. Desmarres, où nous l'avons observé. En octobre 1858, il éprouvait des céphalées atroces, avec exacerbations nocturnes et portait des taches cuivrées sur les membres inférieurs; point d'autres symptômes. Les yeux, lie de vin, sont petits et enfoncés dans leur orbite. Les pupilles sont très-paresseuses et peu contractiles, surtout la gauche. Pas de diplopie; les mouvements des globes oculaires sont normaux. L'œil droit étant fermé, le gauche n'aperçoit un grand objet que lorsqu'il est à trois ou quatre mètres de distance; le doigt de l'observateur n'est point vu, lorsqu'il n'est qu'à un mètre de distance du malade. En aucune position il ne peut distinguer le nombre des doigts qu'on lui présente. Pour entrevoir un objet qui est en face de lui, X... porte la pupille dans le grand angle de l'œil. Il voit donc sans regarder et sans fixer. Un brouillard fort obscur lui masque tout ce qui l'entoure. *Un grand nombre de lignes noires et en zigzag* sont presque constamment per-

çues par l'œil gauche. Avec l'œil droit, il voit mes yeux, mon nez, mais il ne peut distinguer la couleur de mes cheveux. Il ne peut lire que le titre d'un journal. Il voit mieux au grand jour; le soir il ne peut même se conduire dans la rue; le brouillard qui enveloppe les images est très-léger pour l'œil droit, qui perçoit également les lignes onduleuses dont nous avons parlé à propos dè l'œil gauche. Ces lignes sont grises, non irisées et à plus amples inflexions. De deux côtés ces zigzags sont constamment vus, que les paupières soient ouvertes ou fermées. De temps en temps, lorsque les yeux sont ouverts et surtout à la lumière artificielle, il voit une espèce d'étoile rouge qui se dirige lentement du grand au petit angle de l'œil. Cette espèce de flamme existe tantôt des deux côtés, tantôt dans un seul œil. A droite les phosphènes sont partout conservés avec éclat. A gauche ils sont pâles en haut et en dedans. Il n'y en a point ni en bas, ni en dehors. En examinant à l'ophthalmoscope nous trouvons que la papille du nerf optique n'est pas nettement visible à droite. Elle est couverte par un grand nombre de vaisseaux dilatés qui sont pour la plupart noirâtres et se prolongent sur la rétine, de la manière la plus manifeste, bien au delà de la papille. Tout le fond de l'œil est d'une coloration foncée et parcouru par des vaisseaux volumineux. A gauche, l'injection est encore plus prononcée et d'un rouge violacé ; la papille du nerf optique est presque complétement masquée par les vaisseaux qui la recouvrent. Pas d'épanchement sous-rétinien. *Traitement.* Matin et soir une pilule de Sédillot et plus tard deux chaque fois. Le 8 janvier 1859, le malade n'éprouve plus les douleurs nocturnes dont il se plaignait tant. La vue s'est un peu améliorée ; X... se conduit mieux et voit même le soir. L'injection des vaisseaux de la papille a diminué; il en est de même de celle de la choroïde. Le 15 janvier, la vue s'améliore de plus en plus; le malade se conduit même la nuit; il lit assez bien; le brouillard qui enveloppait les objets est devenu plus clair; les lignes brisées et irisées ont presque disparu. L'amélioration est surtout sensible lorsqu'on compare l'état actuel du malade à ce qu'il était antérieurement au traitement. L'œil gauche distingue les doigts de la main, lors même qu'ils sont placés en face de lui; il ne pouvait les apercevoir avant. L'étoile qui se dirigeait

de dedans en dehors a aussi disparu. L'ophthalmoscope fait constater une grande diminution dans l'injection et dans l'inflammation de la choroïde : les papilles sont couvertes par bien moins de vaisseaux, qui se perdent à une petite distance d'elle. On voit par conséquent les papilles très-distinctement. Une stomatite mercurielle oblige de suspendre le traitement. Le 20 février, nous revoyons le malade. La vue a commencé à s'obscurcir de nouveau ; un nuage diffus recouvre encore tous les objets tant à droite qu'à gauche; l'injection de la choroïde a aussi augmenté depuis le dernier examen ; il en est de même de celle des vaisseaux qu'on voit recouvrir les papilles optiques. L'état des gencives permet de remettre le malade au mercure : une pilule de Sédillot le matin et une le soir; iodure de potassium, 1 gramme par jour.

Réflexions. — La nature syphilitique de l'inflammation profonde de l'œil donnant naissance à tous les symptômes de l'amaurose nerveuse des auteurs est tellement certaine, que nous croyons inutile d'y insister.

Il s'agissait ici d'une choroïdite et d'une rétinite, car on voyait très-distinctement que les vaisseaux de la rétine, qui divergent du centre de la papille, étaient volumineux, très-injectés, et bien plus nombreux qu'à l'état physiologique; ils masquaient en grande partie la papille, au delà de laquelle on pouvait les suivre jusqu'à une certaine distance.

Dans la choroïdite simple, sans rétinite, ce ne sont pas les vaisseaux rétiniens qui sont affectés, mais ceux de la choroïde; et lorsque l'inflammation de la choroïde est intense, il y a résorption du pigmentum, comme nous l'avons vu.

Quant aux diverses photopsies que le malade avait presque continuellement, ne peut-on pas les expliquer par la pression que les vaisseaux plus nombreux qu'à l'état physiologique, et très-injectés, exerçaient sur la

rétine, membrane si délicate, et dont la compression détermine facilement des illusions visuelles, comme, par exemple, dans la recherche des phosphènes?

Si, dans ce dernier cas, il faut déployer une certaine force pour produire des images plus ou moins lumineuses, c'est que la rétine ne peut être comprimée qu'à travers de nombreux tissus et des membranes résistantes; mais l'injection des vaisseaux appuyés directement sur la membrane sensitive paraît devoir produire facilement cette compression, et d'autant mieux que les parties résistantes, situées en dehors de la rétine, fournissent comme un point d'appui. La rétine peut, au contraire, échapper, jusqu'à un certain point, à la compression externe, par le déplacement et l'élasticité du corps vitré. Du reste, ce n'est là qu'une hypothèse à laquelle nous n'attachons pas une grande importance, mais qui nous paraît assez logique et assez conforme aux notions physiologiques que nous avons aujourd'hui sur la rétine.

Observation LXVI. — *Amaurose spécifique. — Diathèse syphilitique. — Atrophie de la papille des nerfs optiques, principalement de celle du côté droit.*

C... est âgé de 38 ans. A 19 ans il eut des chancres qu'on traita avec du mercure pendant un mois (1839). Pas d'accidents consécutifs. En 1842, nouveaux chancres, de chaque côté du gland, dont on voit encore les traces; il n'y a pas remarqué d'induration. Traitement mercuriel à l'hôpital militaire, pendant 25 jours. Plus tard, éruption cutanée pustuleuse, douleurs de tête et des membres, alopécie. Ces manifestations furent combattues par des préparations hydrargyriques. En 1856, uréthrite. Il y a plusieurs mois qu'il a commencé à éprouver des douleurs névralgiques, frontales et temporales, s'irradiant jusqu'au sommet de la tête s'exaspérant la nuit et accompagnées de souffrances dans les membres; en même temps la vue baissait à droite; le malade voyait

comme des toiles d'araignées et du brouillard. La vue continua à s'affaiblir progressivement. surtout du côté droit; et un an après le début de ces symptômes, C... ne pouvait plus se garer des voitures dans la rue. Enfin la vue devint de plus en plus obscure, au point qu'il ne distinguait plus le jour de la nuit. L'œil gauche devint malade cinq mois environ après le droit; il a passé par les mêmes périodes que ce dernier. Le 8 janvier 1858, C... se présente à la consultation de M. Desmarres, qui a bien voulu nous le faire examiner. L'ophthalmoscope fait constater une atrophie des papilles des nerfs optiques, celle du côté droit surtout est excessivement petite; les vaisseaux qui s'y trouvent physiologiquement ne sont plus visibles, et la tache a perdu son éclat brillant et resplendissant. *Traitement.* 1 pilule d'Anderson et 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Après avoir continué le traitement antisyphilitique mixte pendant trois mois, les manifestations syphilitiques ont disparu; mais le malade éprouva une amélioration peu notable quant à la vue; cependant il voyait mieux et pouvait se conduire, bien que l'ophthalmoscope ne fît remarquer *aucun changement anatomique appréciable.* C... continua encore son traitement jusqu'au mois de décembre, mais la vue resta dans le même état. M. Desmarres lui fit à l'œil droit, et par excision, une pupille artificielle en dehors et en haut. Nous revoyons le malade quelque temps après; il ne s'est plus manifesté aucune douleur ni névralgique, ni autre. Le matin C... voit assez bien; mais dans la journée la vue se trouble, et d'autant plus que la lumière est plus vive; il voit mieux, dit-il, de l'œil non opéré, qu'avant de commencer son traitement; il ne voit ni taches ni corpuscules, ni mouches volantes. Un brouillard enveloppe tous les objets qu'il regarde. Jamais de diplopie. Il voit mieux quand son œil droit est fermé; il distingue très-bien avec l'œil gauche les traits du visage; il lit même, quoique très-difficilement, et avec une lentille grossissante. De l'œil droit il distingue les doigts et peut se conduire, mais il ne peut pas lire. Il continue son mercure et son iodure de potassium.

Sous l'influence de ce traitement, la vue s'est tellement améliorée que X... a pu reprendre son état de peintre; il lui est impossible de travailler avec l'œil droit, qui voit d'une manière

confuse; le brouillard existe toujours, quoique peu épais, autour des objets qu'il regarde. Toutes les manifestations syphilitiques ayant disparu depuis longtemps, le traitement antisyphilitique est suspendu.

Réflexions. — Cette observation renferme plus d'un enseignement. Elle nous apprend qu'il ne faut pas accorder à l'ophthalmoscope plus de confiance qu'il n'en mérite. Ainsi, quoique nous ayons constaté chez ce malade une atrophie des papilles optiques, affection réputée incurable, il y a eu amélioration de la vue, sans que l'ophthalmoscope nous ait montré une modification dans l'altération du fond de l'œil. Ce malade a dû avoir d'autres lésions que son atrophie papillaire, sans quoi l'amendement remarquable qu'il a éprouvé serait incompréhensible. Mais, dans ce cas même, l'ophthalmoscope a son utilité, en ce sens qu'il nous montre une lésion qui ne permettra jamais à l'œil de recouvrer son état physiologique. En tenant compte de la filiation des manifestations constitutionnelles chez ce malade et de l'apparition des troubles de la vue conjointement avec les accidents diathésiques, il est impossible de ne pas rattacher l'amaurose à la syphilis. Les résultats obtenus par le traitement antisyphilitique tendent à confirmer ce diagnostic.

M. Graefe signale aussi l'atrophie de la papille du nerf optique, comme pouvant être la conséquence de la syphilis constitutionnelle. Tout en reconnaissant la rareté de ces cas, le même auteur déclare n'avoir rien découvert par l'ophthalmoscope, dans certaines amauroses syphilitiques. Il regarde l'atrophie de la papille optique comme une affection tout à fait incurable. (*Deutsche Klinik*, 1852, n° 21.)

CHAPITRE III.

DES TROUBLES DE L'AUDITION DÉTERMINÉS PAR LA SYPHILIS.

Cophose syphilitique.

lusieurs auteurs ont déjà remarqué que la syphilis : déterminer une cophose, tantôt bénigne et passa- ;, tantôt complète et permanente. Fort heureuse- it, ce dernier cas est bien rare.

ans un passage de Boerhaave, que nous avons déjà , cet auteur parle de la surdité qui fut occasionnée nême temps que la cécité, par la diathèse syphili- e.

struc (1) dit que les oreilles ont aussi leurs affections iculières consécutivement à la vérole. Il a observé le ment, le tintement, la difficulté de l'ouïe et même la ité. Mais, ainsi qu'on le voit, tout cela est vaguement icé et manque de preuves.

a surdité, l'amaurose, et bien d'autres névroses, peu- : être occasionnées par la syphilis (2).

elon Joseph Frank, la surdité et les douleurs d'o- es peuvent être dépendantes de la syphilis (3).

wédiaur, Cooper et Saissy parlent de l'oblitération a trompe par la cicatrisation des ulcères vénériens de orge. Il va sans dire que l'audition en fut consécuti- ent troublée.

Loc. cit., p. 12.
Lagneau, *loc. cit.*, t. II, p. 326.
T. II, p. 12.

Si nous jetons un coup d'œil général sur les diverses variétés et les diverses phases de la surdité chez les syphilitiques, nous remarquons tout d'abord qu'au début de l'infection il est très-commun de l'observer à un faible degré, chez les malades affectés de maux de tête et d'autres accidents céphaliques.

Chez les individus devenus chlorotiques, sous l'influence de la syphilis constitutionnelle, on rencontre souvent des bourdonnements, des sifflements et d'autres troubles de l'ouïe qui ne doivent pas nous occuper d'une manière spéciale ici. On en trouvera, du reste, des exemples dans les observations de névralgies syphilitiques et de névropathie diathésique. Il arrive fréquemment que ces troubles auditifs, apparus en même temps que les symptômes nerveux généraux, se dissipent aussi après la manifestation du premier exanthème.

Chez les malades qui éprouvent de violentes céphalées on constate parfois une cophose très-prononcée. Serait-elle consécutive à un état congestif des méninges, produit par les violentes douleurs de tête? Plusieurs de nos malades ont été atteints de surdité dans de telles conditions.

Il est des cas où l'inflammation de l'oreille externe, ou la suppuration de la caisse du tympan détermine des troubles de l'audition. Il en est de même des encéphalopathies syphilitiques qui compromettent l'intégrité du nerf de la huitième paire.

Le nerf de la septième et celui de la huitième paire, vu leurs connexions anatomiques, sont parfois atteints simultanément. Aussi arrive-t-il, dans certains cas de paralysie faciale, que l'ouïe soit plus ou moins perturbée dans son exercice du côté où siégent les troubles de la motilité. On trouvera un tel exemple dans l'une de nos observations de paralysie de la septième paire.

Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, ces accidents si fréquents que détermine la syphilis du côté de l'isthme du gosier (ulcères, tumeurs gommeuses, inflammation de l'arrière-gorge, etc.) peuvent entraver les fonctions de la trompe d'Eustache et occasionner la surdité. M. Touzelin a vu un cas semblable dans le service de M. Hardy. Le malade souffrait en même temps, et depuis six mois, de douleurs ostéocopes, et présentait tous les signes d'un coryza syphilitique (1).

Itard (2) parle d'une cophose syphilitique déterminée par des ulcères de la gorge et guérie en même temps que d'autres accidents diathésiques (exostoses tibiales, douleurs ostéocopes, etc.). Il donne, à la page 283, l'observation d'un homme chez lequel une carie syphilitique du temporal détermina une surdité complète et incurable, malgré la disparition des accidents de la diathèse.

Enfin l'on voit un exemple de surdité presque complète chez un de nos paralytiques généraux (3); la cophose disparut, en même temps que tous les autres symptômes de la syphilis constitutionnelle, par l'usage des spécifiques.

Le nerf auditif peut-il être essentiellement affecté? c'est-à-dire ses fonctions peuvent-elles être profondément lésées en dehors de toute altération anatomique et par le seul fait d'une perturbation fonctionnelle? Nous le croyons. L'observation LI, ci-dessus mentionnée, vient à l'appui de cette manière de voir.

Nous avons vu d'ailleurs d'autres individus syphilitiques atteints de cophose, sans qu'ils eussent présenté aucun phénomène qui permît de rattacher leur surdité

(1) Parmentier, *Des tumeurs du voile du palais. Gazette médicale de* 1856.

(2) *Traité des maladies de l'oreille*, t. II, p. 339.

(3) Observation LI.

à une des lésions signalées précédemment. L'exploration la plus attentive n'a fait découvrir, dans aucun de ces cas, le plus léger signe d'une affection de la gorge, de l'appareil auditif, ou de l'encéphale. Force donc nous a été d'admettre, jusqu'à plus ample informé, que la cophose syphilitique peut exister parfois sans qu'aucun phénomène traduise à l'observateur la présence d'une lésion matérielle appréciable.

Observation LXVII.— *Surdité syphilitique.*

L... âgé de 31 ans, menuisier, d'un embonpoint médiocre, pâle, d'une bonne santé habituelle, entre le 31 juillet 1848 à l'hôpital du Midi, salle 3, lit n° 31. Ce malade a été vacciné; il n'a jamais eu la variole. Il a eu, dit-il, la rougeole. A 28 ans, il eut une hémoptysie peu abondante, et depuis cette époque il a conservé une toux légère. En 1837, il eut un phimosis accompagné d'un écoulement purulent dont la source se trouvait entre le gland et le prépuce, et d'une blennorrhagie peu intense qui a duré deux mois; consécutivement il a conservé une goutte militaire pendant quatre ans. Peu de temps après le début de l'écoulement, il s'est manifesté un gonflement des ganglions inguinaux sans douleur; ce symptôme a persisté pendant plusieurs mois. Le malade n'a subi aucun traitement. Quelques mois après l'apparition de ces accidents, il survint de l'alopécie, des douleurs pré-articulaires et une névralgie sus-orbitaire. Un pharmacien lui fit prendre, pendant deux mois, des pilules dont la composition nous est inconnue; tous les symptômes mentionnés disparurent pendant l'administration de ces pilules. En janvier 1845 (sept ans après les premières manifestations), douleurs de gorge, difficulté dans la déglutition, enrouement léger de la voix; développement des ganglions sous-maxillaires et mastoïdiens; un peu de gêne dans les mouvements de rotation du cou. Audition un peu difficile, quelquefois bourdonnement dans les oreilles. Pas de céphalalgie. Croûtes sèches dans les cheveux et au niveau des ailes du nez, sans démangeaison. Plus tard sur la tempe gauche, éruption lichénoïde.

ırsistance de ces accidents pendant six mois, traitement uniıement émollient. Ce ne fut qu'après ce laps de temps qu'un édecin lui ordonna des pilules de proto-iodure de mercure de la tisane de salsepareille (7 juillet 1845). Un mois après ıdministration de ces médicaments, on suspendit le mercure ›ur de légers accidents du côté de la bouche; néanmoins, ›us l'influence de ce traitement si bref, tous les symptômes entionnés ont rapidement disparu. En octobre 1845, nouılle blennorrhagie bénigne; puis petite excoriation médioement dure, à la lèvre inférieure. Cette ulcération disparut ıpidement par la cautérisation. Le malade assure ne pas s'être rposé directement à la contagion. Traitement par le cubèbe. u commencement de 1846, de nouvelles ulcérations se éveloppent à la langue et au gosier; en même temps tumeur ure, indolente, isolée, de la grosseur d'un sou, sans fluctuaon, à la partie supérieure de la nuque. Bains de vapeurs et lsepareille jusqu'au mois de septembre, sans aucune améoration. Peu de temps après, d'autres petites tumeurs dures sont manifestées au voisinage de la première; elles se sont lcérées, et bientôt elles se sont recouvertes de croûtes.

En février 1847, il entra à Saint-Louis dans le service de . Cazenave qui lui ordonna des pilules, dont le malade ignore composition, et de la tisane de salsepareille. Il n'y est resté ue cinq semaines, pendant lesquelles son état s'est amélioré otablement; les ulcérations du cou se sont presque complément cicatrisées. En juillet 1847, il éprouva de nouveau de gêne dans la déglutition, avec un engorgement ganglionnaire u côté gauche du cou et une surdité marquée, du même côté. n médecin lui cautérisa la gorge, on ne sait pour quelle sion, et le soumit à l'iodure de potassium jusqu'au mois de ovembre. Ce traitement a dissipé tous les accidents. En février 1848, il entra chez M. Ricord qui diagnostiqua une tumeur ommeuse de la partie latérale gauche du voile du palais; cette ımeur fut considérée comme la cause de la surdité du malade. sortit de l'hôpital après un mois de traitement, consistant en ›dure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. La tuıeur gommeuse paraissait résorbée, mais la surdité persistait oujours. Peu de jours après avoir quitté l'hôpital, il contracte ıne nouvelle blennorrhagie. A la même époque *douleurs noc-*

turnes dans la continuité des os, surtout le long du tibia; pas de céphalées, *surdité constante* à gauche, sans aucun écoulement par le conduit auditif. Vers la fin du mois de juin, nouvelle recrudescence de la surdité, qui siégeait de deux côtés; cependant elle était plus prononcée à gauche qu'à droite. Le 31 juillet 1848, il rentre au Midi. Il n'existe du côté du cou aucun symptôme appréciable. Le voile du palais est repoussé en avant par une tumeur du volume d'une noix, rouge, molle, élastique, n'offrant aucune ulcération, ne présentant aucun battement; les parties voisines ne sont pas tuméfiées; rien sur les amygdales. La voix est nasonnée. Pas de dyspnée. La surdité, qui existe des deux côtés, est cependant complète à gauche. En effet, l'oreille droite étant bouchée, le malade n'entend rien, lors même qu'on lui parle à haute voix. M. Ricord plonge un bistouri dans la tumeur; il en sort un flot d'un liquide jaunâtre. On prescrit 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Après avoir progressivement diminué, la tumeur finit par disparaître entièrement, et le 20 août le malade quitte l'hôpital complétement guéri; à peine existait-il un peu de faiblesse de l'ouïe du côté gauche.

Réflexions. — La diathèse syphilitique produisait, chez ce malade, des accidents variés, à de longs intervalles. Si c'est là ce qu'on rencontre assez souvent à la suite d'un traitement mercuriel incomplet, l'expérience ne nous enseigne-t-elle pas, ainsi qu'on le voit dans plusieurs de nos observations, que jamais on ne peut être sûr d'avoir radicalement éteint la diathèse, quelque méthodique et quelque prolongée qu'ait été la médication.

On voit encore, par l'histoire de notre malade, que plus la diathèse syphilitique est éloignée de son origine, plus elle a de tendance à produire des manifestations isolées. Une seule tumeur, une seule exostose, voilà souvent ce que présente le malade, plusieurs années après l'infection de la constitution par l'accident primitif. Nous voyons enfin, chez le sujet de cette observation, un exem-

ple de cophose syphilitique, due très-probablement à l'action toute mécanique exercée sur la trompe d'Eustache par la présence de la gomme gutturale.

Mais comment expliquer l'existence d'une surdité qui a persisté la première fois, malgré la résorption de la tumeur gommeuse? Faut-il admettre une lésion cérébrale, ou une compression du nerf auditif? Rien, dans les symptômes observés chez ce malade, ne justifie une pareille supposition. Peut-être la trompe d'Eustache, du côté droit, se trouvait-elle comprimée par une autre tumeur qui, à cause de son siége, n'a pu être constatée. Il nous semble cependant que la tumeur observée en arrière du voile du palais, aurait suffi, à la rigueur, pour donner naissance à une surdité même très-prononcée. Nous ignorons en effet quelle était sa limite supérieure. Il est permis de penser que, par sa présence, cette gomme interrompait la communication physiologique de l'oreille moyenne avec l'arrière-gorge, condition indispensable, comme on le sait, pour l'exercice normal du sens de l'ouïe.

CHAPITRE IV.

DES TROUBLES DE L'ODORAT OCCASIONNÉS PAR LA SYPHILIS.

Anosmie syphilitique.

L'olfaction peut être plus ou moins pervertie et même complétement abolie par des lésions matérielles que la syphilis détermine parfois dans le lobe olfactif de l'encéphale, sur le trajet du nerf de l'odorat, ou enfin dans les fosses nasales elles-mêmes ; car il est de rigueur, pour que la perception des odeurs puisse s'effectuer, que ces cavités conservent leur état physiologique.

D'une manière générale, toutes les fois qu'il y a rhinite, coryza ou ozène syphilitiques, le sens de l'odorat est plus ou moins compromis ; mais ce n'est là qu'une diminution ou une abolition passagère de l'olfaction. Aussi le malade recouvre-t-il la faculté de sentir les odeurs, aussitôt après la disparition des accidents nasaux.

Il n'en est pas de même lorsqu'une tumeur comprime ou détruit le nerf olfactif, comme nous en avons vu des exemples dans le courant de cet ouvrage.

Baillou (1) relate un cas d'anosmie par carie de l'ethmoïde.

Les exemples de perte de l'odorat consécutivement à des lésions encéphaliques ne sont pas rares ; chez plusieurs de nos malades, il a existé une abolition de

(1) Dans ses *Paradigmata,* n° 7.

l'olfaction, conjointement avec des phénomènes cérébraux. Mais l'anosmie peut-elle exister comme affection nerveuse pure et simple? Peut-elle se rencontrer, indépendamment de toute autre manifestation morbide, comme expression isolée de la diathèse syphilitique? Notre malade n° 24 présentait, en même temps qu'une paralysie faciale à droite, une perte de l'odorat du même côté. Ainsi qu'on l'a vu, ces divers troubles sont survenus au début de la diathèse syphilitique, deux mois environ après l'apparition du chancre, et la veille de la manifestation du premier exanthème, c'est-à-dire à une époque où la syphilis n'a pas encore la faculté de produire des lésions matérielles. D'ailleurs, tout ce cortége de phénomènes a rapidement cédé au mercure. La perte de l'odorat, chez ce malade, serait-elle consécutive à une perturbation du nerf de la cinquième paire, dont l'intégrité est indispensable pour l'exercice physiologique de tous les sens céphaliques?

Dans l'observation LXVIII, il y eut d'abord perversion, puis abolition complète et permanente de l'olfaction. La sensibilité tactile des fosses nasales était conservée. L'observation LXX nous offre simultanément une perte du goût et de l'odorat.

Observation LXVIII. — *Plusieurs affections vénériennes. — Diathèse syphilitique. — Céphalées très-violentes. Exosto-périostoses du pariétal et du sternum. — Perversion, puis perte de l'odorat.*

M. X... littérateur, âgé de 56 ans, bien conservé, n'ayant jamais eu aucune affection du système nerveux, n'offrant rien de remarquable du côté de l'hérédité, d'une bonne santé et d'une excellente constitution, est atteint d'une anosmie complète. Voici ses antécédents. En 1821, à l'âge de 23 ans, il eut une première uréthrite qui a duré un an. En 1826, il eut des chancres de la verge, sur lesquels nous ne pouvons avoir aucun

renseignement; à cette époque il prit des pilules mercurielles, pendant deux mois environ. Un an après, il eut une éruption ecthymateuse générale qui a cédé à un traitement hydrargyrique de quatre mois. Un an et demi environ plus tard, il éprouva des douleurs profondes dans les membres, très-violentes pendant la nuit; ces douleurs ont disparu sous l'influence des frictions mercurielles longtemps continuées. En 1829, nouvelle uréthrite. En 1833, uréthrite et chancre du prépuce; un traitement mercuriel fut ordonné dès l'apparition de ces maladies. Quelques jours après, engorgement inguinal à gauche, combattu par un traitement antiphlogistique local. En 1843, il commença à ressentir des douleurs dont l'intensité alla en augmentant. Elles siégeaient profondément aux régions frontales et occipitales; elles survenaient fréquemment dans la journée, mais d'une manière constante toutes les nuits; leur durée était de cinq à six heures. Elles déterminaient une telle prostration physique et morale que M. X.. ne pouvait ni s'occuper intellectuellement, ni marcher comme auparavant. Pendant un an entier il a souffert de ces douleurs atroces, malgré les nombreux médicaments qu'il a pris; et c'est encore une médication hydrargyrique qui l'en a définitivement délivré. En 1845, il eut un tubercule du voile du palais, qui s'est ulcéré; nouveau traitement mercuriel pendant cinq mois (pilules bleues). En 1849, céphalées nocturnes excessivement intenses; en même temps une tumeur, du volume d'une forte noisette, parut à la partie supérieure et droite du front; dure et indolente d'abord, elle finit par se ramollir; après plusieurs mois de durée elle disparut, en laissant une dépression considérable, avec perte de substance de l'os. Cette dépression a toujours existé depuis; elle peut contenir la pulpe de l'index. En 1853, il eut un coryza léger; mais il fut très-frappé de sentir constamment une odeur infecte, *odeur de cadavre*, qu'il rencontrait partout, sans qu'elle existât réellement. Cependant le liquide qui sortait par les narines, n'était ni purulent, ni sanguinolent; il n'a jamais charrié de détritus organiques (osseux ou autres). X... n'avait pas d'ostéite du nez; il ne répandait aucune odeur, dit-il, appréciable par les assistants. Un médecin consulté lui dit que c'était une aberration sensoriale. Il était dans le même état depuis huit mois, lorsque les

narines sont devenues le siége d'un état de sécheresse très-prononcée et fort désagréable ; bientôt après, l'odorat fut complétement perdu. A la même époque, il était en proie à des douleurs osseuses nocturnes, siégeant notamment dans les tibias et déterminant une insomnie que rien ne pouvait combattre avec efficacité ; tous les soirs X... désertait son lit et se promenait de une à quatre heures du matin, trouvant du soulagement dans cet exercice nocturne. A cette époque, M. X... n'avait pas de céphalées, et ne présentait d'ailleurs aucun autre accident diathésique. Un ou deux mois après, une nouvelle manifestation syphilitique éclaira les médecins sur la nature de tous les accidents que M. X... éprouvait, depuis si longtemps; une tumeur, élastique d'abord, puis molle et liquide, se développa sur la seconde pièce du sternum. L'os lui-même fut atteint et détruit en partie, témoin une difformité, une grande dépression qui siége à cet endroit. La durée de cette tumeur fut de huit mois; elle avait résisté à plusieurs traitements, lorsqu'à la suite d'une consultation de plusieurs médecins, M. X... fut soumis, d'un commun accord, à l'iodure de potassium et à la liqueur de Van Swieten. Ce traitement fut suivi pendant six mois environ. Les douleurs ostéocopes ont complétement disparu, ainsi que la tumeur sternale; mais l'abolition du sens de l'odorat a toujours persisté. En 1857 MM. Velpeau et Ricord furent consultés séparément par M. X... ; il avait alors des ulcérations irrégulières, serpigineuses, jaunes grisâtres, qui siégeaient à la langue et à la partie profonde des joues, une dépression osseuse, considérable, à la partie supérieure du front, une seconde dépression, également avec perte de substance du tissu osseux sur le sternum. Les fosses nasales étaient peu humides, et le malade y accusait un état de sécheresse désagréable. M. X... ne peut apprécier aucune odeur; le musc, l'eau de Cologne, la lavande, l'assa fœtida ne produisent aucune sorte d'impression olfactive. Une allumette sulfureuse est enflammée à une petite distance du malade qui n'accuse aucune sensation. Mais si on approche des fosses nasales l'allumette en ignition, X... éternue et tousse sans savoir cependant quelle est la cause qui a produit cette stimulation (les yeux du malade sont maintenus fermés pendant cette expérience). L'odorat est donc complé-

tement aboli des deux côtés; mais la sensibilité tactile des fosses nasales est conservée. Le malade sent physiologiquement le contact de la barbe d'une plume qu'on introduit dans les narines. L'exploration des fosses nasales et de l'arrière-gorge ne fait constater aucune lésion; le malade respire ordinairement ayant la bouche fermée; pas de perforation de la cloison du nez. Ce dernier conserve d'ailleurs sa forme naturelle chez M. X... Le goût est conservé. X... distingue très-bien toutes les saveurs; mais il n'apprécie pas les saveurs odorantes ; comme par exemple le café, la liqueur de menthe, le punch, etc.; il en est de même du bouquet des vins. Pas de céphalées; pas de douleurs dans les membres. Aucun autre symptôme. MM. Ricord et Velpeau ont donné chacun de son côté des ordonnances semblables. Ils ont prescrit l'un et l'autre l'iodure de potassium et le mercure. Après quatre mois d'un traitement régulièrement suivi, les accidents de la bouche ont disparu ; mais le sens de l'olfaction est toujours demeuré dans le même état, c'est-à-dire, qu'il n'est point revenu.

Nous voyons souvent M. X...; il n'a plus eu aucune manifestation syphilitique, depuis celle mentionnée plus haut. Il a cessé tout traitement; l'odorat est toujours complétement aboli.

Réflexions. — Cette observation est un remarquable exemple de la persistance de la diathèse, malgré les nombreux traitements subis par le malade à diverses reprises. Mais ce qui'l nous importe avant tout d'étudier ici, c'est la perturbation dont l'odorat fut atteint.

En 1853, X... sentait constamment une *odeur de cadavre,* en même temps qu'il était en proie à des douleurs céphaliques très-violentes. Cependant, autant qu'il est possible d'en juger par les symptômes qu'il offrait à ce moment-là du côté des narines, aucune altération organique ne pourrait rendre compte de cette sensation éprouvée par le malade. Il n'y avait pas d'ozène ni d'ostéite; il n'y avait qu'un peu de coryza; mais le liquide qui sortait

des fosses nasales n'était ni sanguinolent, ni purulent. Faut-il admettre, avec le médecin qui l'a vu en ce moment-là, une perversion de l'odorat ; ou bien convient-il mieux de soupçonner une lésion matérielle des fosses nasales, une carie ou une nécrose, produisant d'abord une odeur de décomposition organique, lésion matérielle qui aurait fini par altérer, soit la muqueuse de la voûte nasale, soit les branches terminales des nerfs de la première paire ? Mais ne serait-il pas surprenant que des lésions identiques se fussent développées simultanément des deux côtés, et qu'elles eussent aboli l'odorat, tant à droite qu'à gauche ?

Peut-être serait-il plus rationnel d'admettre une altération quelconque des lobes olfactifs, ou de la portion intra-crânienne des nerfs de la première paire, altération déterminée par une tumeur syphilitique osseuse, ou autre, développée dans le voisinage. Peut-être cette tumeur, par une compression successive, a désorganisé le tronc olfactif de chaque côté. Quoi qu'il en soit de l'explication du mécanisme, le fait qui précède n'en est pas moins important. Il nous prouve, de la manière la plus péremptoire, que la syphilis peut occasionner une abolition complète de l'odorat.

CHAPITRE V.

DES TROUBLES DU GOUT DÉTERMINÉS PAR LA SYPHILIS.

Selon M. Follin, Pétrequin a publié l'observation d'un malade syphilitique qui avait perdu le sens du goût (1).

Chez quelques-uns de nos malades, offrant déjà d'autres désordres nerveux, nous avons constaté la perte plus ou moins complète du goût. C'est ainsi que le sujet de l'observation VIII, affecté d'une névralgie faciale gauche, avait, pendant toute la durée de cette maladie, la moitié correspondante de la langue insensible aux saveurs. La sensibilité gustative est revenue, chez ce malade, sous l'influence des mercuriaux qui ont dissipé tous les autres phénomènes morbides.

Chez un autre malade, affligé d'une paralysie faciale, il existait également une perte du goût sur la moitié droite de la langue (2). N'est-ce pas là une justification de l'opinion de certains physiologistes, qui attribuent un rôle actif à la corde du tympan, dans l'accomplissement de la dégustation?

Nous avons rencontré, chez deux autres sujets, l'abolition presque complète du même sens. Dans l'un de ces cas, des gommes, situées dans l'épaisseur de la langue, paraissent avoir été la cause de cette paralysie sensoriale.

(1) *Gazette médicale*, 1836.
(2) *Observation XXIV*.

Il est inutile de rapporter ici les détails intéressants de ces faits, dont l'exposition est suivie de quelques courtes réflexions.

Observation LXIX. — *Plusieurs chancres. — Traitement irrégulier. — Gommes de la langue. — Perte du goût. — Antisyphilitiques. — Guérison.*

M. R..., négociant, habitant l'Égypte, âgé de 26 ans, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse, contracta un premier chancre en 1852, pour lequel il fut soumis à un traitement hydrargyrique, pendant un mois environ. En 1853, deuxième chancre ; X... ne prit que 24 pilules mercurielles. En 1857, à la fin d'août, il eut un troisième chancre, pour lequel on lui a également administré du mercure pendant quelques jours. En 1858, au commencement du mois d'avril, il contracta un quatrième chancre; il prit de nouveau des pilules mercurielles, pendant un mois environ; jamais d'uréthrite. Il dit n'avoir jamais remarqué d'induration, ni d'engorgement ganglionnaire. Mais je m'empresse d'ajouter que M. X...est peu observateur et qu'il n'a pas l'habitude de s'examiner attentivement. Quoi qu'il en soit, il n'a jamais eu, dit-il, ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres, ni aucune éruption. Aussi se croyait-il tout à fait à l'abri de tout accident consécutif à l'infection syphilitique, lorsqu'à la fin du mois de septembre 1858, six mois après avoir eu sa dernière ulcération, il sentit à la langue un poids, une augmentation de volume, qui rendaient la parole difficile et embarrassée. Quelques jours après il perdit complétement le sens du goût. Il trouvait tous les aliments insipides, il ne pouvait pas apprécier la saveur spéciale de chacun d'eux, distinguer s'ils manquaient de sel ou s'ils en avaient de trop. C'est là même ce qui frappa le malade tout d'abord. Il nous affirme n'avoir remarqué aucune autre manifestation syphilitique antérieure ou concomitante. Peu de temps après, un médecin consulté lui ordonna pour tout traitement l'usage de la salsepareille. Cependant le malade, voyant que la langue se gonflait de plus en plus, que la parole était devenue presque incompréhensible, malgré les propos rassurants de son doc-

teur, eut enfin la curiosité piquée et prit le parti de s'examiner minutieusement dans une glace. Il découvrit alors des ulcérations jaunes, sur les parties latérales de cet organe. Peu confiant à son docteur africain, qui ne paraissait nullement inquiet du gonflement de plus en plus considérable de la langue, M. X... s'embarque pour la France, et arrive à Paris le 2 novembre 1858. Le diagnostic n'offrait pas la moindre difficulté chez lui ; la vérole ne s'est point déguisée cette fois-là. Il suffisait de faire tirer la langue au malade pour reconnaître l'affection dont il était atteint. Je réclamai néanmoins l'assentiment du maître. M. Ricord confirma de toute son autorité le diagnostic que j'avais posé quelques jours auparavant. L'état général du malade est satisfaisant. Il paraît que X... n'est pas plus maigre que d'habitude; cependant il est un peu pâle et jaune. La langue est très-volumineuse et inégalement développée. Elle remplit toute la bouche et conserve, latéralement et en arrière, l'impression des dents. La moitié gauche de l'organe étant bien plus développée que la droite, le sillon médian n'est plus au milieu; de plus les bords de l'organe sont ondulés, comme festonnés, à leur partie antérieure, par les saillies que forment les tubercules gommeux contenus dans l'épaisseur de la langue; de petites tumeurs de même nature en rendent également la face supérieure bosselée et inégale. La partie la plus épaisse est à gauche, à 2 centimètres de la pointe. L'organe offre dans ce dernier point 3 centimètres d'épaisseur. La partie de la langue ainsi gonflée, siége en dehors de la saillie de l'hyoglosse. On y distingue plusieurs éminences irrégulières et les doigts constatent trois grosses tumeurs dont une antérieure, du volume d'un haricot, une moyenne, un peu plus petite et séparée de la précédente par un sillon, une troisième enfin postérieure à celles-ci, du volume d'une forte noisette et faisant saillir la face supérieure de la langue d'une manière plus prononcée que les deux autres. En embrassant ces tumeurs entre le pouce et l'index on en distingue les limites profondes et l'on peut juger de leur consistance; elles sont élastiques, résistantes, excepté l'antérieure qui est ramollie et comme fluctuante. En effet, à la partie correspondante du bord gauche de la langue, on voit une ulcération d'un demi-centimètre de longueur, irrégulière,

ercevoir un fond jaune, comblé par de la matière
mblable en tout au tissu des gommes en train de se
e stylet pénètre d'un centimètre dans la cavité rem-
te matière. La veine ranine gauche, dilatée, est d'un
ıx fois plus grand que la droite. A droite aussi, et à
la même distance de la pointe de la langue, on
ıutres tubercules ; mais ils sont plus petits et plus
ue les précédents. Bien que le malade n'ait pas pris
:, il salive beaucoup. La mastication est impossible
ıtition assez difficile ; X... est obligé de se nourrir
liquides. La prononciation est très-pénible et pour
ots impossible. La membrane muqueuse linguale
ses caractères normaux. Les yeux du malade étant
us faisons les expériences suivantes : Un pinceau
ıs du vinaigre mitigé d'eau et appliqué sur différents
a moitié gauche de la langue, ne donne *aucune sen-*
ıtive. Il en est de même du sel et du sucre dissous
eu d'eau ; nous avons même touché la branche
V lingual avec ces dissolutions, sans que le malade
uer celle dont nous nous servions chaque fois. Enfin
ıtion de coloquinte n'est pas plus appréciée que le
s aussitôt que le malade a rentré la langue dans la
fait la grimace et se plaint de l'amertume, il se
uche à plusieurs reprises, après quoi nous expéri-
ır le côté droit de la langue. La pointe et les bords
nt nullement le goût des substances qu'on y ap-
ıis la branche droite du V lingual conserve toute sa
spéciale. Aussi le malade nous indique-t-il parfaite-
om de toutes les substances que nous employons.
porte aucune autre manifestation, si ce n'est un sar-
hilitique à droite, avec un peu de liquide dans la tu-
ıale. — *Traitement.* Iodure de potassium, 2 grammes
, deux pilules de 5 grammes de proto-iodure de
hacune ; la dose des médicaments fut progressive-
ıentée jusqu'au 15 décembre. Celle de l'iodure de
fut portée jusqu'à 4 grammes, et l'iodure hydrar-
squ'à 25 centigrammes par jour. Le 20 novembre,
natite. Les tubercules de la langue sont manifeste-
its ; à droite le plus volumineux n'est guère plus gros

qu'un petit pois, et le plus grand du côté gauche offre la grosseur d'un haricot. L'ulcération, dont nous avons parlé, marche vers la cicatrisation. Il n'y a plus de matière jaune épaisse, résultant de la fonte des tubercules. Le goût n'est pas revenu. La langue ayant considérablement diminué de volume, le malade peut manger et parler assez facilement. Suspension du mercure, julep avec 6 grammes de chlorate de potasse, gargarisme avec le même sel, bains sulfureux. Le 25 novembre X... reprend son iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour, et son proto-iodure à la dose de 15 centigrammes. Le 10 décembre, l'hydrocèle ayant considérablement augmenté de volume, une ponction est jugée nécessaire; elle est pratiquée par M. Ricord, et suivie d'une injection iodée. Deux jours après, le malade quitte le lit et reprend son traitement. Le 20 décembre, les tubercules du côté droit ont tout à fait disparu : on n'en trouve qu'un à gauche; c'est le postérieur, qui a à peine le volume d'un petit pois. Le *sens du goût est rétabli* partout, ainsi que les expériences nous le prouvent; la prononciation et la mastication sont normales. Le malade est mis à 10 centigrammes de proto-iodure hydrargyrique et à 2 grammes d'iodure de potassium. Le 10 janvier, la tumeur n'a pas complétement disparu; une légère stomatite oblige de suspendre le traitement et de prescrire de nouveau le chlorate de potasse. Le 17, il reprend son traitement. Il reste à peine un petit noyau dans l'épaisseur de la langue, au niveau du grand tubercule. Le malade est remis à 10 centigrammes d'iodure de mercure et à 2 grammes d'iodure de potassium. Son hydrocèle est tout à fait guérie. Le malade quitte Paris le 20 janvier; il continuera son traitement pendant deux mois encore, à moins que l'état de la bouche ne l'oblige de le suspendre de nouveau, momentanément.

Réflexions. — On est en droit de conclure de la lecture de l'observation précédente que les nerfs linguaux, donnant la sensibilité gustative de la partie antérieure de la langue, étaient comprimés par les tubercules que l'on voyait et que l'on sentait si développés dans l'épaisseur de la langue. La branche gauche du V constitué par les

papilles caliciformes n'appréciant plus le goût des substances, n'est-on pas en droit de soupçonner qu'une tumeur, de même nature que la précédente, comprimait le nerf glosso-pharyngien dans une partie de son étendue? Quoi qu'il en soit, l'abolition de la sensation gustative était bien, chez ce malade, le résultat de la syphilis constitutionnelle, ainsi que le traitement l'a clairement prouvé en rétablissant le goût, en même temps qu'il dissipait les lésions matérielles de la langue, appréciables à la vue.

Mais quelle est l'affection primitive qui a infecté M. X...? On doit rester complétement dans le doute à cet égard; car les petites doses de mercure, prises de temps à autre, et mal à propos, pour des chancres contractés nouvellement, auraient parfaitement pu retarder l'explosion des manifestations syphilitiques, lors même que la diathèse aurait été établie à partir de la première ulcération vénérienne. Ainsi que nous en avons vu de remarquables exemples dans plusieurs observations précédentes, quelques semaines de traitement mercuriel peuvent parfois retarder de plusieurs années l'apparition des symptômes diathésiques de la vérole.

Observation LXX. — *Tubercules syphilitiques. — Cicatrices vicieuses du voile du palais qui adhère au pharynx de manière à empêcher toute communication entre l'arrière-gorge et les fosses nasales. — Éblouissements. — Surdité. — Perte du goût et de l'odorat. — Traitement mixte, guérison.*

M. V.., âgé de 33 ans, d'une constitution primitivement robuste et d'une haute stature, contracta, en 1842, une blennorrhagie et un chancre du frein. Le cubèbe et les pansements simples firent disparaître ces accidents. En 1843, nouvel écoulement, et peu après, un chancre de forme ronde et de couleur rouge vive, à bords durs faisant bourrelet. Cet ulcère,

situé sur le prépuce, laissa longtemps après lui un durillon non douloureux. A cette époque le malade eut un engorgement inguinal droit, qui céda peu après à un traitement mercuriel interne et à l'application locale d'un emplâtre de Vigo. Ce traitement, suivi pendant on ne sait combien de temps, ne l'a pas été régulièrement. Néanmoins les accidents avaient disparu depuis quelques semaines, quand survinrent des douleurs articulaires très-aiguës dans les membres inférieurs, et un peu plus tard, une éruption boutonneuse dont M. V. porte encore les traces. M. Baumès consulté prescrivit la liqueur de Van Swieten, des bains de vapeur et des fumigations cinabrées. La durée de ce traitement, suivi irrégulièrement comme le premier, n'est pas indiquée d'une manière précise par le malade. Vers cette époque, et six mois environ après le début du chancre induré, V. fut pris d'éblouissements continus qui ne lui permettaient pas de rester seul. A droite la vue s'obscurcit d'une manière sensible. L'ouïe s'abolit complétement du même côté. Les premiers de ces accidents disparurent, mais la surdité de l'oreille droite a toujours persisté depuis. Dix-huit mois après, en 1845, nouvel écoulement sans importance. Un autre, contracté en 1846, fut guéri par son médecin qui le soumit en même temps, pour sa syphilis constitutionnelle, au muriate d'or pendant trois mois, et plus tard à l'iodure de potassium. Rassuré, ainsi que son médecin, par ce traitement et par la conduite régulière qu'il mena pendant un an, V. n'accorda pas beaucoup d'attention à certains accidents qu'il éprouvait à ces moments-là (céphalée, maux d'estomac, ulcérations, qu'il qualifie d'aphtheuses, sur la langue et à la face interne des joues; éruption boutonneuse du ventre et des cuisses). Il se maria au commencement de l'hiver de 1847. Deux mois après son mariage, l'éruption, qu'il qualifie d'aphtheuse, prit du développement; la gorge devint aussi malade pour la première fois; des douleurs aiguës se sont manifestées aux épaules et sillonnaient la tête en tous sens, puis la face et particulièrement le nez dont le côté droit devint le siége d'une fluxion (apophyse montante). A plusieurs reprises, des plaques ulcérées se montrèrent aux bourses, s'accompagnant de vives douleurs. Ces nouvelles manifestations, méconnues dans leur caractère, furent traitées par les antiphlogistiques,

par la cautérisation et par l'application de cautères volants sur la poitrine; mais bientôt après il ne restait plus aucun doute sur la véritable nature de la maladie. En décembre 1848, un traitement mercuriel est ordonné et suivi jusqu'en mars 1849, époque à laquelle furent extraits des fragments osseux du nez. A partir de ce moment, il y eut perte du *goût* et de l'*odorat ;* le gonflement du nez devint pâteux, puis fluctuant; une sérosité sanio-purulente sortit des narines; quelque temps après, le médecin retira du nez, à l'aide des pinces, des séquestres considérables. La luette était détruite, mais cicatrisée ainsi que les ulcérations de la joue. Un traitement émollient avait été institué par Lallemand à cette époque. Peu de temps après, de nouveaux ulcères graves, profonds, ont envahi la gorge. Ils ont été consécutifs à la fonte des tubercules gommeux qui s'y sont développés. Ces accidents s'étendirent dans cette région plus loin que l'œil ne pouvait les suivre. Le malade devint sujet à un picotement nocturne qui le tourmentait beaucoup; il fut pris d'une toux sèche, fatigante, et devint peu après complétement *aphone*. Il se décida, au mois de juillet 1849, à venir à Paris. Lors de son admission à la Maison de santé de la rue de Lourcine dont M. Dumotel, à qui nous devons l'observation, est le médecin, V. était dans l'état suivant: maigreur générale très-prononcée, face pâle, bouffie, aphonie complète. Le malade ne peut parler qu'à voix basse et d'une manière peu distincte. Pouls petit, peu fréquent, la toux existe encore: une expectoration muqueuse très-abondante épuise le malade. Nez déprimé au niveau des apophyses montantes du maxillaire supérieur. L'isthme du gosier est réduit à un véritable pertuis par la disposition des cicatrices vicieuses coarctées, qui sillonnent l'arrière-gorge dans toute son étendue, et confondent en un seul plan fibreux cicatriciel le voile du palais, la luette, les piliers, et la paroi postérieure du pharynx. Sur le front, les jambes, les cuisses et les épaules, on voit des traces cicatricielles, d'un jaune pâle, un peu déprimées, indiquant l'existence d'un ecthyma, cicatrisé depuis quelque temps. Des expériences faites par M. le docteur Dumotel ont prouvé à ce distingué confrère que *le goût et l'odorat sont nuls.* L'aspect général du malade fait craindre que la poitrine ne soit déjà envahie par la diathèse tuberculeuse; crainte justi-

fiée par une fièvre quotidienne à accès nocturnes et de forme hectique. La percussion et l'auscultation ne confirment pourtant pas d'une manière absolue l'inquiétude conçue relativement aux poumons. On ne trouve que des râles sibilants et muqueux sur une grande étendue, tant en avant qu'en arrière, pas de matité. *Traitement :* 50 centigr. d'iodure de potassium par jour, tisane de lichen, julep pectoral, gargarisme iodé à 2 p. 100 ; car V. a encore quelques points à la gorge, où la cicatrisation n'est pas complète. Le malade ne peut prendre que des aliments liquides. Quelques jours après, l'iodure de potassium est porté à la dose de 1 gramme par jour, puis à 1gr,50 et à 2 grammes; il y a une amélioration évidente. La fièvre disparaît; il y a de l'appétit, le malade peut prendre des aliments consistants. La voix revient après quinze jours de traitement et d'une manière rapide et très-sensible.

Le 15 septembre, la gorge est tout à fait cicatrisée; la voix et la parole sont parfaites; le goût est revenu; mais l'odorat est nul. L'iodure de potassium est continué à la dose de 3 grammes par jour, pendant tout l'hiver; V... reprend des couleurs et un embonpoint remarquable. Après trois mois de traitement, la toux a cessé complétement.

Réflexions. — On a vu, dans le cours de l'observation, que six mois après le début du chancre induré, V... fut pris d'accidents nerveux consistant en éblouissements continus, en troubles visuels très-prononcés, et en l'abolition complète de l'ouïe du côté droit. Malheureusement le malade n'a pas été soumis à un examen attentif à cette époque-là; mais il est impossible d'attribuer à la chloro-anémie, qui se déclare quelquefois dès le début de la syphilis constitutionnelle, des phénomènes qui sont restés bornés à un œil et à l'oreille d'un seul côté. Quelle a donc pu être la cause de ces accidents? Comment expliquer la perte du goût chez ce malade? Si la sensation gustative existait sur une des moitiés de la langue, on aurait pu soupçonner une compression d'un

nerf, ou des nerfs d'un côté de cet organe; mais l'abolition complète du goût échappe à cette interprétation, et nous met dans l'embarras. Quant à l'anosmie, les ulcérations et les ostéites, dont les fosses nasales ont été le siége, nous donnent une explication rationnelle du fait.

L'interruption complète de toute communication entre le nez et l'arrière-gorge nous rend compte également de la perte définitive de l'odorat, qui exige pour son accomplissement, ainsi qu'il a été prouvé par les expériences physiologiques, un courant d'air ascendant, dirigé vers la voûte de la cavité nasale, courant qui puisse impressionner les filets de la première paire nerveuse.

La perte de l'ouïe, à droite, paraît aussi être le résultat de l'oblitération de la trompe, consécutivement à la cicatrisation des ulcères du gosier : Swediaur, Cooper et Saissy citent des faits analogues.

CINQUIÈME PARTIE.

CHAPITRE I.

DES PARALYSIES SYPHILITIQUES SINE MATERIA.

Les trois observations qui suivent prouvent de la manière la plus incontestable que la diathèse syphilitique peut atteindre les centres nerveux et produire des désordres dynamiques profonds, sans qu'il nous soit donné de rattacher ces désordres à une modification de structure, et cela, lors même qu'il y a paralysie complète du mouvement et du sentiment.

Ces paralysies *sine materiâ* forment en quelque sorte le passage entre les affections précédemment décrites et les névroses, telles que l'hystérie, la chorée, etc., dont nous aurons à nous occuper dans les chapitres qui suivent.

Nous l'avons déjà fait remarquer, si les autres empoisonnements (miasmatique, saturnin, etc.), qui offrent une analogie frappante avec l'infection syphilitique, produisent des affections nerveuses sans altération de tissu, du moins appréciable, il était rationnel d'admettre *à priori* que le vice vénérien partage avec eux cette puissance de pervertir profondément les fonctions du système

cérébro-spinal, sans qu'aucune altération anatomique vienne nous rendre compte de cette perturbation. Mais, si la possibilité du fait a déjà été entrevue par quelques auteurs, aucun d'eux, à notre connaissance, n'a produit, jusqu'à présent, des observations de paralysie syphilitique dans lesquelles l'examen nécroscopique, fait avec toute l'attention commandée par l'importance du sujet, n'avait donné que des résultats entièrement négatifs. Aussi, bien que l'on pensât généralement que le fait était probable, la plupart des médecins demandaient, avant d'admettre définitivement cette manière de voir, qu'elle fût étayée sur des observations probantes.

Voilà ce que nous disions en 1858, époque à laquelle ce travail fut adressé à l'Académie pour le concours des prix. Aujourd'hui nous ajouterons à ce qui précède que l'opinion que nous avons alors émise, a été défendue depuis par des médecins éminents.

Ainsi M. Gibert (1) a vu des exemples d'accidents cérébraux syphilitiques sans lésions matérielles. Voici comment s'exprime ce savant maître, à la page 436 du 2e volume de son ouvrage : « Mais, chose plus étonnante, il y a des exemples incontestables de vertiges, de mouvements apoplectiformes, d'hémiplégie, etc., qui paraissent sous la seule influence de la diathèse syphilitique et sans qu'il y ait de lésion apparente des os du crâne, ou même des membranes, ni de la substance cérébrale. » Et plus loin : « La diathèse syphilitique peut amener des troubles fonctionnels ou nerveux, et des désordres organiques qui se rattachent par leurs symptômes aux

(1) *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*, par C. M. Gibert de l'Académie de médecine, médecin à l'hôpital Saint-Louis. 1860.

névroses..... et qui tantôt sont le produit de lésions matérielles, tandis que dans d'autres circonstances elles peuvent se produire sans lésion appréciable des organes, et sous l'influence de l'intoxication vénérienne générale. »

M. Melchior Robert (1), après s'être demandé si la diathèse syphilitique peut donner lieu à des symptômes nerveux essentiels, c'est-à-dire sans l'existence nécessaire d'une lésion anatomique, ajoute que son expérience personnelle l'autorise à répondre par l'affirmative.

M. Follin admet aussi, dans un livre plein d'érudition et au-dessus de tout éloge (2), que parfois des troubles nerveux syphilitiques profonds existent chez des sujets chez lesquels l'autopsie ne révèle aucune altération. Notre cher maître eut l'occasion de voir un homme de 37 ans, qui, six mois après un chancre induré et diverses manifestations constitutionnelles, fut frappé d'hémiplégie et mourut au bout de quelques jours dans le coma. L'autopsie, faite avec le soin le plus minutieux, ne montra aucune lésion.

OBSERVATION LXXI. — *Syphilis constitutionnelle. — Testicules syphilitiques. — Paraplégie. — Mort. — Autopsie. — Absence de lésion.*

S... A..., âgé de 28 ans, domestique, a fait dans le service de M. le professeur Gosselin un premier séjour du 17 mai au 20 juin 1856, pour un double sarcocèle, évidemment syphilitique, qui a cédé assez vite à l'administration de l'iodure de potassium dont la dose fut portée jusqu'à $3^{gr},50$ par jour. Il est sorti de l'hôpital ne conservant aux testicules que quelques noyaux d'induration.

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 1861.
(2) *Traité de pathologie externe*, 1861.

Il a repris ses occupations au collége de Sainte-Barbe, où il était employé, et s'est bien porté jusqu'au 24 juillet. Ce jour-là, en se couchant, il a senti, pour la première fois, des fourmillements dans les jambes. Le 25 du mois, après une bonne nuit, il a senti encore toute la journée des fourmillements, et s'est trouvé plus faible sur ses jambes qu'à l'ordinaire. A onze heures du matin, impossibilité d'uriner. Cette dysurie persista jusqu'au soir. Le 26, il peut encore se lever, mais ses jambes sont plus faibles, et il urine involontairement. Le 27, impossibilité de marcher; dans la soirée le mouvement des jambes est tout à fait aboli. Il importe de noter que quinze jours avant d'éprouver les symptômes mentionnés ci-dessus, S... avait eu des douleurs vagues et modérées sur les parties latérales du tronc.

Le 28 juillet, il entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le professeur Gosselin, où l'on constate une diminution prononcée de la sensibilité des membres inférieurs, avec perte à peu près complète de la myotilité et émission involontaire des urines. Les facultés intellectuelles sont intactes. Dans la supposition d'une production syphilitique, siégeant sur le trajet de la moelle épinière dont les fonctions se trouvent ainsi entravées, on ordonne l'iodure de potassium d'abord à la dose de 30, puis de 40 et de 60 centigrammes. Les jours suivants les symptômes énoncés persistent; il survient en outre l'émission involontaire des matières fécales. Le 7 août, on constate deux petites escarres dont une sur chaque fesse. Le lendemain on trouve également une escarre à la région trochantérienne gauche. Le malade se couche sur le côté droit; vingt-quatre heures de ce décubitus suffisent pour produire une nouvelle escarre. Le 11 août, les escarres fessières et trochantériennes, plus larges que la main, commencent à se détacher. Le malade se met à plat ventre le plus souvent qu'il peut. Un mouvement fébrile prononcé fait craindre l'invasion d'un érysipèle, ou d'une pyohémie. Il survient en même temps une diarrhée abondante. Le 24 août, les symptômes d'infection purulente persistent; plusieurs frissons se sont manifestés dans ces derniers jours. Le malade est dans un état d'affaiblissement extrême. Il succombe dans la nuit du 26 août.

L'*autopsie* est faite trente-deux heures après la mort. Le

canal rachidien est ouvert sur toute sa longueur. On n'y trouve aucune tumeur, aucune production nouvelle, soit à la surface interne du canal, soit ailleurs. Au niveau de la partie inférieure de la région dorsale, la dure-mère est légèrement endommagée par le ciseau. Cette membrane étant incisée sur toute sa longueur, la moelle est trouvée saine dans toute son étendue, hormis le point correspondant à la déchirure accidentelle de la dure-mère, où le cordon latéral droit est complétement divisé. A cinq heures, M. Gosselin examine la moelle. Au point déjà indiqué se trouve une rougeur de la pie-mère, et un ramollissement assez notable de la substance médullaire, ramollissement qui n'existait pas ce matin. Toutes les méninges sont devenues rouges; ce qui doit être attribué à leur exposition à l'air. Il en est de même du ramollissement survenu au niveau de la déchirure de la moelle par les violences qu'a nécessitées son extraction du canal vertébral. Il ne fut rien trouvé qui ressemblât à un produit accidentel de la syphilis ou à un épanchement sanguin. Les poumons présentent plusieurs abcès métastatiques, d'un volume peu considérable. La majeure partie de ces abcès n'en a atteint que le premier degré (ecchymose parenchymateuse). Sur quatre points on trouve le deuxième degré, c'est-à-dire le ramollissement gris au centre. Le foie, la rate et les reins n'offrent point d'abcès métastatiques. Les testicules présentent tous deux des traces incontestables de l'affection syphilitique. A droite on trouve une production jaunâtre, d'apparence fibro-plastique, entièrement adhérente à la face profonde de la tunique vaginale, et une décoloration manifeste de la substance propre du testicule. Dans l'intérieur de cet organe, on trouve encore des noyaux très-petits et très-durs, qui peuvent être considérés comme les restes de productions plus considérables et de même nature que la précédente. A gauche dans l'intérieur de la substance propre de la glande, il y a un noyau volumineux pareil au premier. Les noyaux plastiques des testicules sont remarquables, par leur couleur jaune-citron, par leur coloration uniforme et sans mélange, par l'absence complète, à l'œil nu, de sang et de vaisseaux sanguins, par leur adhérence à la tunique albuginée du côté droit et à la substance tubuleuse du côté gauche. M. Gosselin n'a trouvé de spermatozoïdes ni d'un côté ni de l'autre.

Remarques. — Ce malade était évidemment sous l'action de la diathèse syphilitique. L'examen des testicules pendant la vie, et leur dissection après la mort, confirment pleinement cette opinion.

De même que chez le sujet dont l'observation, en tout analogue à celle-ci, se trouve relatée plus loin, la paralysie a marché très-rapidement. Une affection intercurrente ayant occasionné la mort dans l'espace de quelques jours, il n'a pas été possible de juger de l'effet de la médication antisyphilitique chez ce malade.

Il est à remarquer qu'aucune lésion matérielle n'existait chez cet individu; car la déchirure de la moelle, ainsi que nous l'avons déjà dit, a été produite par les instruments qui ont servi à l'autopsie.

Il n'y aurait pour toute lésion anatomique qu'une légère injection, dont l'existence ne suffirait pas pour rendre compte des troubles profonds des fonctions de la moelle épinière, observés pendant la vie. Du reste, cette coloration rouge n'était en grande partie que la conséquence du contact de l'air sur les méninges; car elle n'existait pas si prononcée, lors de l'ouverture du canal rachidien.

OBSERVATION LXXII. — *Syphilis constitutionnelle. — Paraplégie. — Mort. — Autopsie. — Absence de lésions anatomiques.*

R... A..., âgé de 58 ans, journalier, est entré, le 2 juin 1857, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gosselin. Ce malade raconte qu'il a toujours été bien portant jusqu'à ces derniers temps; qu'il n'a jamais fatigué outre mesure, ni souffert de privations. Il fait remonter à quatorze mois, environ, le début de la maladie syphilitique dont il offre aujourd'hui des manifestations secondaires incontestables. A cette époque, il a eu, au côté gauche du fourreau de la verge, une ulcération dont on voit encore la trace. Ce chancre a mis plus de trois mois à se cica-

triser. Au même moment à peu près, il eut une autre ulcération au côté externe et postérieur de l'avant-bras droit, ulcération qui a laissé une large cicatrice analogue à celle d'une brûlure au troisième degré. Elle ressemble, jusqu'à un certain point, à celle des gommes, ou des ecthymas ulcérés. Les souvenirs du malade ne sont pas précis. Il dit avoir remarqué, à peu près au même moment, une éruption cutanée qui a été rebelle, et qui n'était pas accompagnée de démangeaison. R... ne s'est point occupé de ces accidents. Il n'a consulté personne et n'a fait aucun traitement. Néanmoins l'éruption cutanée disparut spontanément. Depuis le mois de février, l'éruption a reparu sous forme de boutons très-abondants, sans aucune douleur, ni démangeaison. R... ajoute que, depuis environ six semaines, il a eu de la difficulté à expulser ses urines, et qu'il y a deux semaines environ, il est resté trois jours et trois nuits sans uriner. A partir de ce moment-là, il lui est survenu l'incontinence qui a toujours persisté depuis. Cependant jusqu'à cette époque-là, il n'a rien remarqué du côté des membres inférieurs. C'est seulement le 24 mai 1857 qu'il a commencé à sentir de l'engourdissement dans les jambes. Le lendemain, malgré la persistance de ce symptôme R... a travaillé à couper du bois dans le parc de Chevreuse, où il a reçu une averse. Voulant se mettre à l'abri de la pluie, il remarqua pour la première fois, dit-il, que ses jambes étaient faibles et qu'il ne pouvait pas marcher assez vite. Depuis cette époque, l'engourdissement et la faiblesse des jambes ont augmenté à tel point que le malade n'a pu reprendre son ouvrage et qu'il ne marchait qu'en se traînant avec des béquilles.

Le 3 juin on constate, outre les cicatrices de la verge et de l'avant-bras, l'existence de petites papules abondantes dont la plupart cuivrées, qui ont, en un mot, tous les caractères du lichen syphilitique. Il y a un peu d'induration du testicule droit, surtout au niveau de la queue de l'épididyme. Le malade dit n'avoir jamais eu d'orchite de ce côté, tandis qu'il en a eu une à gauche pendant une blennorrhagie qu'il a contractée à l'âge de 35 ans. Des deux côtés cependant il y a une collection de liquide qui paraît occuper surtout la partie supérieure de la tunique vaginale. Les deux testicules sont légèrement indurés par places. Il n'y a rien de particulier du côté de la gorge;

point de céphalée, ni d'alopécie; mais un peu d'adénopathie cervicale postérieure. Aucune manifestation du côté de la charpente osseuse. Paraplégie incomplète, mais très-prononcée. Sensation d'engourdissement et de froid jusqu'au pli de l'aine. Le malade sent encore les pincements et les piqûres. Il peut remuer les orteils; mais il ne peut marcher sans soutien, ou bien il tomberait à tout moment. Soubresauts convulsifs fréquents dans la jambe droite, sans contracture. Un peu de constipation. Pas de selles involontaires. Liqueur de Van Swieten, 10 grammes par jour. — 5 juin. Incontinence des matières fécales depuis hier. Deux cautères allongés sont appliqués sur les côtés du rachis. — 1er juillet. Une large escarre s'est développée rapidement au niveau du sacrum. Un frisson survenu dans la journée du 15 juin ne s'était pas reproduit; mais dans ces derniers temps, de nouveaux frissons sont survenus chaque jour; le pouls s'est affaibli; la peau s'est refroidie. Le malade est mort le 6 juillet à cinq heures et demie du matin, en conservant, jusqu'à la fin, la sensibilité des membres dont la motilité était presque entièrement abolie.

L'*autopsie* est faite en présence de M. Gosselin, onze heures après la mort. L'ouverture du rachis fait constater qu'il n'y a point de tumeur dans ses parois. Les enveloppes de la moelle sont saines. La moelle elle-même ne présente aucune altération. A la partie supérieure de la région dorsale, on constate à la coupe, il est vrai, un léger piqueté et une consistance peut-être un peu moins considérable; mais ces caractères sont si peu accusés qu'il est impossible d'admettre l'existence d'une affection de la moelle.

Les autres organes sont également sains. Dans aucun d'eux, on ne trouve trace d'abcès métastatiques. Les reins et la vessie sont également en bon état.

Réflexions. — Il reste un peu de vague dans l'esprit du lecteur, relativement à la date de la diathèse chez ce malade. La cicatrice qu'il portait au membre thoracique était-elle consécutive réellement à une pustule d'ecthyma? Quoi qu'il en soit, la diathèse syphilitique était dans toute sa puissance chez cet individu. L'adénopathie

cervicale, le lichen et l'état des testicules ne permettent guère d'en douter.

Le malade éprouvait déjà de la faiblesse et de l'engourdissement dans les membres pelviens, avant d'être refroidi par la pluie abondante dont nous avons parlé. Peut-être cette cause occasionnelle a-t-elle contribué à aggraver son état ; mais le début de la paraplégie était bien antérieur à cette date : c'est ce qu'il importe d'établir.

Enfin l'autopsie pratiquée en présence de M. Gosselin n'a rien fait constater en fait d'altération de tissu ; M. Gosselin lui-même n'attribue pas ce léger piqueté que présentait la moelle, à la partie supérieure de la région dorsale, à un état pathologique, tant cet état était peu prononcé. Aussi considère-t-il cette autopsie comme entièrement négative ; car d'aussi légères variétés dans la coloration et dans la consistance de la moelle se rencontrent fréquemment sans que les sujets aient offert, pendant la vie, des phénomènes morbides du côté de la moelle épinière.

OBSERVATION LXXIII. — *Syphilis constitutionnelle. — Hémiplégie. — Contractures. — Coma. — Mort. — Autopsie. — Point de lésion du système nerveux, ni des parties protectrices.*

Le nommé B..., artiste lyrique, entre à l'hôpital du Midi, salle 3ᵉ, lit nº 3, service de M. Ricord, le 27 avril 1858.

Ce malade a un impétigo groupé des ailes du nez et du sillon génio-nasal. Il souffre en outre d'une douleur opiniâtre diurne et nocturne, vague, sans siége précis, quoique ressentie profondément dans l'encéphale. Il y a six mois, il eut un chancre manifestement induré, pour lequel il fut soumis à un traitement spécifique que le malade ne suivit que fort irrégulièrement. On lui prescrit 2 pilules de 5 centigrammes de proto-iodure de mercure chacune. L'éruption paraissait un peu se circonscrire, mais les céphalées persistaient toujours ;

elles se sont exaspérées à partir du 15 mai. Cependant le malade attentivement examiné n'offre nulle part, ni contracture, ni paralysie. Il n'a pas non plus de mouvements convulsifs. En un mot il ne présente aucun autre symptôme. Cet état dure avec augmentation des douleurs qui deviennent de plus en plus violentes, jusqu'au 27 mai. Ce jour-là, à la visite du matin, B... a la bouche déviée et la parole difficile. Il offre tous les signes d'une hémiplégie droite, incomplète. Quoique le bras soit sans force, il peut encore se mouvoir sous l'empire de la volonté et beaucoup mieux que la jambe. Ces deux membres sont le siége d'un engourdissement très-prononcé. La sensibilité est partout physiologique, l'intelligence est restée intacte. *Traitement :* Sangsues et purgatifs, puis iodure de potassium, à la dose de 2, 3 et 4 grammes par jour. Ces moyens ont amené un peu d'amélioration : en effet la parole devint plus libre et les mouvements un peu plus faciles. Mais ce mieux fut bien fugace; car le 28 mai le membre supérieur est tout à fait inerte. Cependant le malade n'a pas perdu connaissance. Pas plus que la première fois, il n'eut aucune espèce d'attaque. Le membre pelvien est encore soumis à la volonté; mais à peine le malade peut-il lui imprimer quelques faibles mouvements. La langue s'incline sensiblement à droite et la bouche semble toujours un peu déviée à gauche. La parole est pénible et traînante. La déglutition est facile, la sensibilité partout normale, et l'intelligence paraît nette. Le malade reste dans le même état jusqu'au 10 juin.

Dans la nuit du 10 au 11, il s'opère une aggravation brusque dans les accidents. Sans que le malade ait perdu connaissance, sans accès convulsifs, sans aucun phénomène précurseur, le membre inférieur tombe dans la résolution complète. Il en est de même du supérieur. Les sons ne peuvent être articulés. Cependant les facultés intellectuelles paraissent conservées ; car le malade entend les encouragements affectueux du chef de service et témoigne sa reconnaissance par des pressions de main et par des larmes. Dans la journée du 11, il y a, et pour la première fois, des évacuations involontaires des fecès et d'urine, des contractures dans le bras droit, des soubresauts du membre inférieur gauche, du trismus intermittent. La langue est mordue et saigne. Tous ces phénomènes

ont lieu sans que X... perde connaissance. La sensibilité tactile est partout conservée. Les mouvements de la déglutition s'effectuent librement, et le malade répond par des signes aux questions qu'on lui adresse. Vers le soir il survient un hoquet très-opiniâtre, peu après il se manifeste des contractures très-violentes suivies d'un coma profond, auquel succède la mort.

Autopsie. — Il n'existe rien à la surface du crâne ; aucune lésion, aucune tumeur à la face interne de la boîte encéphalique. La dure-mère est saine, les méninges à l'état physiologique. La pie-mère est à peine injectée. Elle n'adhère nulle part, soit à la dure-mère, soit à la substance cérébrale. L'encéphale est enlevé avec précaution; sa surface est d'abord attentivement examinée; après quoi des tranches minces et successives font constater que *toute la substance cérébrale est dans l'état normal.* Il n'y a aucune tumeur à la base du crâne, aucune lésion, si ce n'est une tache rouge livide de la dure-mère, produite comme par imbibition. Cette tache est large de 7 millimètres environ et longue d'un centimètre. Elle siége à la face supérieure du rocher du temporal gauche et près de son sommet. La dure-mère conserve à cet endroit sa consistance normale. Il n'existe aucune tumeur au-dessous d'elle. L'os n'est nullement altéré. Le canal vertébral, ainsi que la moelle, ne présente aucune lésion matérielle appréciable. Il en est de même des viscères thoraciques et abdominaux.

Réflexions. — Ce malade était certainement atteint de syphilis constitutionnelle, dont il existait, ainsi que nous l'avons vu, des signes non équivoques.

Les douleurs de tête, faibles d'abord, augmentent progressivement d'intensité. Elles résident vaguement dans la tête, sans siége précis. Puis survient l'hémiplégie droite, sans signes précurseurs aucuns, et d'une manière subite.

Nous avons déjà dit qu'il était fréquent, dans les paralysies syphilitiques par cause encéphalique, de voir manquer complétement les symptômes prodromiques

qui annoncent habituellement dans l'hémorrhagie cérébrale, quelques jours ou quelques heures d'avance, un raptus ou un effort hémorrhagique, comme on l'a appelé, vers l'encéphale. La syphilis détermine l'hémiplégie, tantôt d'une manière lente et progressive, tantôt d'une manière brusque et soudaine. Mais ce qu'il importe de signaler ici, c'est que, dans ce dernier cas, il est fréquent de voir l'hémiplégie se développer sans que le malade ait perdu connaissance, sans qu'il ait offert le cortége des phénomènes qui constituent l'attaque apoplectique. La connaissance de cette particularité peut être parfois d'un grand secours pour le diagnostic différentiel.

Ce malade fut soumis de bonne heure à l'iodure de potassium, qui amena une amélioration peu sensible et tout à fait éphémère. En effet, quelque temps après, la paralysie devient complète, des convulsions agitent la moitié du corps privée de mouvement, et le malade, ayant conservé la sensibilité et l'exercice normal de ses facultés intellectuelles jusqu'au dernier jour, succombe dans le coma, après avoir présenté du trismus et de la contracture dans les membres paralysés.

En tenant compte des phénomènes présentés par ce malade, le diagnostic rationnel était celui d'une encéphalite, ou d'une tumeur cérébrale syphilitique. Néanmoins, l'examen le plus minutieux n'a rien révélé qui pût rendre compte des symptômes observés pendant la vie. Il y avait donc chez ce malade, évidemment syphilitique, de graves désordres nerveux qui ont occasionné la mort, et que l'examen cadavérique ne nous a pas permis de rattacher à des lésions matérielles de l'encéphale en rapport avec les phénomènes morbides.

CHAPITRE II.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES SYPHILITIQUES.

Bien que les fièvres intermittentes ne soient pas habituellement placées au rang des névroses, la part immense qui revient au système nerveux dans la manifestation de leurs symptômes ne saurait être contestée, et lorsque la syphilis entraîne de pareils accidents, c'est par l'intermédiaire de ce système qu'elle doit évidemment exercer son influence. Nous ne croyons donc pas sortir des limites naturelles de notre sujet en rapportant les observations qui vont suivre. Le lecteur nous en saura gré sans doute au double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, en prenant connaissance des faits qui ont embarrassé des praticiens éminents.

OBSERVATION LXXIV. — *Fièvre quotidienne, symptomatique d'une syphilis constitutionnelle. — Impuissance du sulfate de quinine. — Guérison par les mercuriaux.*

La nommée X..., âgée de 26 ans, est entrée, le 26 décembre 1846, à la Charité, dans le service de Fouquier, salle Sainte-Anne, n° 19 (1). Constitution très-forte; santé habituellement excellente. Bien réglée, elle n'a jamais eu d'enfants. Il y a un mois, après un travail pénible, elle s'est sentie brisée dans tous les membres, et elle fut prise d'une fièvre légère; mais au bout de quinze jours, celle-ci est devenue exacerbante;

(1) Extrait des *Archives de la Société médicale d'observation.*

tous les soirs à cinq heures, un frisson d'un quart d'heure ouvre la scène; puis il survient de la chaleur qui dure une partie de la nuit et qui est suivie de sueurs. Rémission tous les matins; mais persistance de la céphalalgie, de la faiblesse et du malaise général, depuis deux jours. Les douleurs augmentent par la pression, dans toute la longueur des deux membres thoraciques. Le pouls bat de 70 à 72 par minute. Il est petit, faible, régulier. Battements et bruits du cœur normaux; pas de matité insolite à la région de la rate ; poumons sains. Dégoût pour les aliments; quelques vomissements de temps à autre; sensibilité à l'hypogastre; céphalalgie, éblouissements, étourdissements, tintements d'oreilles, rêvasseries; sommeil très-agité; faiblesse générale. Pityriasis du cuir chevelu; papules sur le front.

Le 30 décembre, on remarque une éruption papuleuse du ventre; la malade soutient qu'elle n'a jamais rien contracté de vénérien. Depuis le 27 décembre jusqu'au 18 février, on soumet la malade au sulfate de quinine, dont la dose fut portée jusqu'à $1^{gr},50$ par jour, sans aucune amélioration. La fièvre continue toujours à venir à la même heure et avec ses trois stades. Les purgatifs et les vomitifs furent également sans résultat. Le sulfate n'a pu que diminuer quelquefois le frisson; son administration a déterminé une grande surdité et de forts tintements d'oreilles; accidents d'ailleurs qui, ainsi que nous l'avons dit, existaient déjà, avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le 18 février, voyant que les papules persistaient toujours, ainsi que les douleurs dans les membres, on examine plus attentivement la malade et l'on reconnaît la nature syphilitique de l'affection. — *Prescription :* 2 pilules de Sédillot par jour. La fièvre est modifiée dès les premiers jours de ce traitement. Ainsi le 22 février la malade en a eu à peine, pendant la nuit, et sans frisson préalable. A partir du 23 février la fièvre n'est plus revenue; mais les douleurs de tête et les douleurs des membres ont persisté. Le 6 mars on observe que les forces reviennent et que l'appétit augmente; mais les douleurs des membres existent toujours, surtout la nuit; on continue les pilules mercurielles. L'amélioration a été progressive depuis cette époque, et la malade sort guérie,

c'est-à-dire avec disparition des manifestations syphilitiques, le 30 mars.

Réflexions. — Voici donc une malade en proie à des accidents nerveux revêtant la forme intermittente, et simulant tellement une fièvre paludéenne, qu'ils ont induit en erreur un praticien distingué.

Certainement les trois stades, dont nous avons parlé dans l'observation précédente, n'étaient que la manifestation d'une manière d'être du système nerveux, sous l'influence de la syphilis constitutionnelle. Du reste, dans la fièvre palustre même, les troubles de la motilité pendant les frissons, suivis, bientôt après, d'une perversion de la sensibilité, d'une sensation de chaleur, sans que le thermomètre accuse une augmentation réelle de la température du corps, tous ces accidents ne peuvent être expliqués que par une perturbation générale que le système nerveux a éprouvée dans son ensemble, sous l'influence de l'empoisonnement miasmatique.

Chez cette malade, le traitement mercuriel mit fin à ces accès qui duraient depuis deux mois environ.

Voici en peu de mots l'histoire d'un autre malade éprouvant des accidents nerveux syphilitiques, simulant une fièvre intermittente tierce. Nous la devons à l'extrême obligeance de M. le docteur Lasègue, alors médecin de Lourcine, aujourd'hui médecin de Necker.

Il y a trois ans, ce médecin a été consulté par un négociant âgé de 34 ans environ. C'était un homme vivant dans les meilleures conditions hygiéniques, et qui n'avait jamais éprouvé de maladie sérieuse. Au milieu d'une santé excellente et sans aucune cause appréciable, X... commença à maigrir et à pâlir d'une manière progressive. Quelque temps après le début de cette altéra-

tion dans la santé générale, il présenta, tous les deux jours, un accès de fièvre intermittente, ou plutôt un ensemble de phénomènes à type intermittent tierce. Ainsi, vers les dix heures du matin, il était pris de frissons intenses, parcourant tout le corps, et durant pendant une heure environ; puis éclataient des mouvements spasmodiques très-violents, agitant surtout les muscles des membres. Bientôt après survenait un stade de chaleur intense, suivie d'une sueur très-abondante. Ces divers phénomènes, se répétant toujours dans le même ordre de succession, disparaissaient vers les trois ou quatre heures de l'après-midi, laissant le malade dans une prostration extrême.

Le sulfate de quinine avait diminué la fréquence de ces accès, et modéré leur intensité; mais il ne parvint pas à les enrayer complétement. Ce qu'il y avait d'insolite dans la marche de cette affection, c'est qu'à peine les accidents se sont-ils répétés une dizaine de fois que le malade tomba dans un état de cachexie profonde qui, par conséquent, n'était en rapport ni avec la date, ni avec l'intensité des accès intermittents eux-mêmes. D'ailleurs le malade ne s'était jamais exposé aux émanations paludéennes; jamais avant cette époque il n'avait été atteint de fièvre intermittente. On insistait donc sans succès sur la médication antipériodique, on ne savait à quelle maladie rattacher ces accidents intermittents, qui n'avaient cependant pas la marche ordinaire d'une fièvre paludéenne franche, lorsque M. Lasègue, dans une exploration attentive, constata l'existence d'un sarcocèle syphilitique que le malade s'est toujours obstiné à laisser ignorer, à cacher même à son médecin. A partir de ce moment, X... fut soumis à l'iodure de potassium d'une manière régulière et suivie. L'amélioration de tous les

symptômes éprouvés par M. X... ne se fit pas longtemps attendre. En effet, un mois après l'institution du traitement, il ne restait plus aucune trace des accès intermittents mentionnés. La cachexie profonde dans laquelle était plongé ce malade, céda facilement aux toniques et à une alimentation réparatrice. Plus tard, le sarcocèle syphilitique lui-même a disparu.

Ainsi ce malade recouvra la santé, grâce à la perspicacité du praticien distingué qui, soupçonnant la nature spécifique de l'affection, l'arrêta dans sa marche fatale, par l'emploi du médicament souverain.

Observation LXXV. — *Syphilis constitutionnelle. — Accès simulant la fièvre intermittente. — Impuissance du sulfate de quinine. — Proto-iodure de mercure. — Disparition des manifestations syphilitiques et des accès intermittents.*

Le nommé C... L... âgé de 31 ans, charron, sanguin, d'une forte constitution, n'a jamais eu de fièvre, et n'a jamais habité un pays où règne la maladie paludéenne. Il y a huit ans, il eut une blennorrhagie qui dura pendant plusieurs années. Il y a trois mois il remarqua, pour la première fois, quatre chancres situés sur le gland. Ces chancres ne se sont cicatrisés que deux mois après qu'ils ont été constatés. Un mois après leur apparition, le malade a été traité par les pilules de Dupuytren, dont il a pris une centaine environ. Il est admis dans la section de M. Ricord, à l'hôpital du Midi, salle 5, lit n° 8, le 6 juillet 1852. Dernier coït, avec une prostituée, il y a un mois. Quinze jours après, il remarqua une écorchure dans le cul-de-sac du prépuce, à droite du gland. Il prétend qu'avant l'apparition du chancre, il y avait en ce point une petite ulcération qui paraissait et disparaissait souvent, d'une manière spontanée.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il présente un chancre en voie de réparation, à base dure, reposant dans le cul-de-sac glando-préputial, avec une tension indolente, multiple, des glandes inguinales des deux côtés, mais plus considérable à

gauche. Aucune manifestation constitutionnelle; mais depuis dix jours environ, le malade éprouve, quelquefois le matin et plus fréquemment vers les huit heures du soir, les symptômes suivants : un sentiment de malaise, de fatigue et de prostration générale, puis une sensation de froid, auquel succèdent des frissons avec tremblement des membres et de la mâchoire inférieure; les pieds, les bras, les avant-bras, les doigts même, sont le siége de ces mouvements irréguliers, visibles surtout lorsqu'on dit au malade de tenir sa main étendue et élevée, ce qu'il ne peut faire sans avoir des mouvements spasmodiques qui l'obligent de fléchir le bras à plusieurs reprises. Une demi-heure environ après le début de ces accidents, il survient de la chaleur, puis une légère sueur. Ces divers symptômes, se succédant dans l'ordre mentionné, ont une durée moyenne de trois heures environ. Après quoi le malade se trouve plongé dans un état de faiblesse très-prononcée. Pas de mouvement fébrile notable; la rate n'est pas volumineuse. *Traitement:* Sulfate de quinine 50 centigrammes, puis 1 gramme; tisane de centaurée. Les deux premiers jours de ce traitement, les accès ont été supprimés; mais le troisième jour, ils reparaissent avec la même forme, cependant un peu plus faibles et durant deux heures seulement. On continue le sulfate de quinine, et le 15 juillet on ajoute 100 grammes de vin de quinquina par jour. Les accès se répètent toujours; il arrive cependant qu'un et deux jours même se passent, sans qu'ils paraissent. Le 5 août il survient, sur le tronc et les membres, une éruption qui se dessine de plus en plus et prend la forme papuleuse. Les symptômes intermittents sont aussi forts que lors de l'admission du malade à l'hôpital; il suit toujours le même traitement. Le 12, l'éruption est devenue boutonneuse, on y voit déjà un point purulent au centre. Le 18, les pustules s'ombiliquent, de manière à ressembler tout à fait à celles d'une légère éruption varioleuse. Le 20 août l'éruption continue à se transformer et à devenir de plus en plus générale et polymorphe; il y a des papules, des pustules et d'autres boutons recouverts d'une croûte noirâtre, et entourés d'un cercle rouge inflammatoire (ecthyma superficiel). On en voit dans les cheveux, au front, etc.; mais nulle part il n'y a de confluence. Le malade éprouve des douleurs dans la tête et dans les membres. Les accès se répè-

tent presque tous les jours. Le 22 août, on change de traitement; on prescrit 2 pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes chacune et de la tisane amère, sucrée avec du sirop de gentiane; on continue le vin de quinquina; mais on suspend le sulfate de quinine. Le 5 septembre, l'éruption est en voie de décroissance; les accidents nerveux intermittents ont commencé à diminuer progressivement à partir du 29 août, ainsi que les céphalées et les douleurs des membres. Le malade sort de l'hôpital sur sa demande, le 25 septembre 1852. Toutes les manifestations sont en voie de disparition. On ne voit sur la peau que des taches cuivrées qui ont remplacé les diverses éruptions mentionnées. Quant aux phénomènes intermittents, ils ne se sont plus reproduits depuis le 5 septembre.

Le traitement antisyphilitique sera continué pendant deux autres mois environ.

Réflexions. — Les premières manifestations diathésiques ont été précédées et accompagnées, chez ce malade, de désordres nerveux paraissant tous les jours à des heures fixes, et revêtant, en un mot, la forme des accès de la fièvre intermittente.

Chez le malade de M. Lasègue les accidents nerveux revenaient tous les deux jours, tandis que chez le malade dont l'observation porte le n° LXXIV et chez celui du n° LXXV les accès étaient quotidiens.

Chez le malade de M. Lasègue, les accès avaient lieu vers les dix heures du matin, tandis que les deux autres malades, c'est le soir, après la chute du jour, qu'ils étaient pris de frissons, de tremblements et plus tard de chaleur; de sorte que l'heure même à laquelle se montraient ces phénomènes aurait pu faire penser, de prime abord, qu'il ne s'agissait très-probablement que d'une fièvre intermittente symptomatique. Il est, en effet, d'observation que les fièvres intermittentes essentielles produisent ordinairement des accès au milieu de la journée.

En outre, le type quotidien appartient plus spécialement, dans nos climats, à la fièvre symptomatique ; de manière que l'apparition des accès tous les jours et leurs manifestations au commencement de la nuit auraient déjà pu faire prévoir qu'on n'avait pas affaire, dans ces deux cas, à une fièvre intermittente franche. Le sulfate de quinine n'a modifié les accès que d'une manière insignifiante, malgré leur périodicité régulière ; tandis que les spécifiques ont dissipé, dans l'espace de quelques jours, et d'une manière définitive, tout ce cortége de phénomènes nerveux.

Chez le malade de M. Lasègue, les accidents intermittents coïncidaient avec une manifestation tertiaire, avec un testicule vénérien ; tandis que chez les deux autres ils ont éclaté au début de l'infection, ils accompagnaient les premières éruptions cutanées. De même que chez quelques sujets, la première éruption de la peau est précédée de fièvre et de cet ensemble d'accidents généraux que nous avons décrits sous le nom de névropathie diathésique, de même chez d'autres individus il y a apparition de phénomènes hystériques, parfois même de tremblements chroniques ou de phénomènes intermittents, paraissant de préférence le soir, caractère qu'ils partagent avec les douleurs syphilitiques.

M. Melchior Robert a fait observer dans son excellent livre que parfois la fièvre syphilitique peut revêtir la forme intermittente. Il dit avoir vu, dans le service de M. Ricord, un malade qui eut des accès intermittents, pendant la période prodromique et secondaire de la syphilis. Ces accès cédèrent au mercure. Il a omis de nous dire dans quel état se trouvait la rate chez ce malade (1).

(1) *Traité des maladies vénériennes*, p. 664.

M. Follin dit aussi, à propos des prodromes de la syphilis, que les malades ont parfois des accès fébriles à cachet intermittent, qui se montrent tantôt le soir, tantôt la nuit.

Nous considérons donc tous ces troubles généraux comme étant la conséquence d'une perturbation du système nerveux sous l'influence de l'infection syphilitique; c'est ce qui nous a engagé à placer ce chapitre immédiatement avant celui des névroses classiques, telles que l'épilepsie, l'hystérie, etc.

SIXIÈME PARTIE

DES NÉVROSES SYPHILITIQUES.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, en commençant cet ouvrage, l'étude des maladies nerveuses syphilitiques est trop peu avancée, les faits bien observés et relatés dans les auteurs sont trop peu nombreux, pour qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, d'entreprendre une description méthodique et détaillée de chaque état nerveux que la syphilis peut occasionner. Il faudrait, avant d'essayer un tel travail, recueillir d'abord les éléments nécessaires pour cette construction d'ensemble, pour cet édifice ontologique.

A part quelques maladies sur lesquelles nous avons pu rassembler un certain nombre de faits qui permettent d'ébaucher une description, ou plutôt d'émettre quelques généralités, les autres, c'est-à-dire le plus grand nombre des affections nerveuses que la syphilis peut déterminer, ne sont qu'indiquées dans ce travail. Elles ont pris place dans le cadre nosologique, grâce à quelques observations qui établissent de la manière la plus incontestable que la diathèse syphilitique peut les occasionner. Aussi, fidèle toujours à notre programme, ne voulant rien avancer qui ne soit basé sur l'étude des malades, bien des fois nous nous sommes trouvé dans la nécessité de ne signaler que ce que nous avons vu, les faits qui se sont offerts à notre

observation, laissant aux travaux ultérieurs le soin de décrire avec détail chaque espèce morbide lorsque le temps en sera venu, c'est-à-dire lorsque les médecins, dont l'attention est maintenant éveillée, auront réuni plus de matériaux que nous n'en possédons actuellement pour une telle œuvre de synthèse.

Ce que nous venons de dire est surtout applicable aux névroses syphilitiques ; car, à part l'épilepsie, il n'est pas généralement admis que les autres névroses puissent être occasionnées par la diathèse syphilitique.

Néanmoins, en cherchant dans les monographies et dans les divers écrits périodiques, nous avons pu rencontrer tantôt des assertions éparses, tantôt des observations qui nous ont persuadé que certains auteurs avaient déjà remarqué que plusieurs névroses, l'aliénation mentale même, peuvent être la conséquence de la diathèse syphilitique.

[redacted]

CHAPITRE I.

DE LA CHORÉE SYPHILITIQUE.

La science ne possède qu'une seule observation de chorée syphilitique. Elle appartient à M. le docteur Costilhes, médecin à Saint-Lazare.

Nous avons été assez heureux pour étudier nous-même un cas semblable, nous dirons même mieux caractérisé et plus significatif. Voici ce fait :

OBSERVATION LXXVI. — *Chorée syphilitique ayant précédé et accompagné une éruption de papules et de plaques muqueuses. — Surdité intense. — Vitiligo du cou. — Adénopathies multiples. — Impuissance de plusieurs traitements. — Disparition de cette névrose et des autres manifestations syphilitiques, sous l'influence du mercure. — Plus tard retour des accidents syphilitiques (tubercule ulcéré du voile du palais). — Accidents hystériformes, puis épileptiformes, survenant toujours dans la nuit.*

La nommée G... âgée de 20 ans, couturière, entre, le 11 octobre 1858, à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Marthe, lit n° 30, service de M. N. Gueneau de Mussy. Les règles se sont établies chez cette femme à l'âge de 17 ans. Elles se prolongent quelquefois pendant sept à huit jours ; le sang est souvent peu coloré. Souvent aussi dans les intervalles des règles, elle a une leucorrhée peu abondante. Cependant G... est une fille bien constituée, ayant de l'embonpoint et un teint frais et rose. Elle n'a aucun bruit vasculaire ni au cœur, ni aux gros vaisseaux. Elle n'offre, en un mot, aucun des caractères tranchés

de la chlorose. Elle n'a jamais rien eu de rhumatismal; jamais aucune affection nerveuse; pas de convulsions pendant son enfance; aucun membre de sa famille n'a jamais présenté une maladie du système nerveux. Au mois de mars de l'année 1858, elle entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Piorry, pour une chorée générale. Les mouvements étaient désordonnés et involontaires, ce qu'elle attribuait à une frayeur. Pendant les trois mois qu'elle a passés dans cet hôpital, elle a pris plusieurs médicaments, nous dit-elle, sans pouvoir nous renseigner suffisamment, quant à leur nature. Au mois de juillet, elle entra déjà une première fois chez M. Gueneau de Mussy, à la Pitié, où elle fut observée par notre excellent confrère le docteur Féréol, alors interne du service. A cette époque les mouvements choréiques occupaient surtout les épaules, les muscles du tronc et les membres supérieurs. C'étaient des soubresauts convulsifs, extrêmement forts et presque continuels, avec élévation des épaules, torsion de la face, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et adduction subite vers le creux épigastrique des avant-bras qui se choquaient souvent, ou qui venaient heurter le thorax. Les mouvements d'élévation des épaules se propageaient à tout le thorax. Il en résultait des inspirations bruyantes, comme les sanglots d'un enfant qui vient de pleurer. Pas de torsions des yeux; pas de grimaces de la face, du moins habituellement; il est probable cependant qu'elle en a eu quelquefois, car G... se plaint de se mordre la langue. Les jambes sont à peu près tranquilles, si ce n'est que dans la station debout la malade a un peu de dandinement. Agitation intellectuelle et corporelle; la malade ne reste pas souvent en place; ses allures ont quelque chose de brusque et d'un peu viril. Même brusquerie de ton et de paroles. Mobilité d'impression. Habituellement gaie et prête à rire de tout, même de sa maladie, l'instant d'après elle pleure et dit qu'il ne lui reste plus qu'à se jeter à la rivière. La parole est aussi souvent saccadée, précipitée et quelquefois tellement confuse qu'on ne peut rien comprendre. G... est très-calme pendant le sommeil. L'émétique, donné pendant deux jours à $0^{gr},15$, puis à $0^{gr},30$, a causé de nombreux vomissements et une sédation générale telle qu'on n'a pas osé le continuer. Les mouvements choréiques ont un peu diminué de fréquence

et d'intensité; mais la malade, ne voulant suivre son traitement, exigea absolument sa sortie.

Le 11 octobre, elle rentre dans le service de M. Gueneau de Mussy. La chorée est générale. Lorsque la malade veut marcher, elle va en zigzag; puis elle s'arrête brusquement pour recommencer. La progression est donc précipitée et spasmodique. La parole est également embarrassée. G... éprouve des douleurs très-violentes dans les membres et à la tête. Ces dernières lui répondent dans les oreilles. C'est surtout pendant la nuit que ces douleurs la rendent presque folle, et lui font pousser des cris lamentables. Ces douleurs existaient déjà, nous dit G..., mais moins intenses, lors de son premier séjour dans cet hôpital. Elle avait également, à ce moment-là, une éruption de taches sur la peau du tronc et des membres. Depuis vingt jours, il y a chez elle une surdité qui va en augmentant. Au moment de son admission, elle est tellement sourde que pour se faire entendre il faut lui crier dans l'oreille, et encore ne réussit-on pas toujours à être compris. Éruption générale d'ecthyma furonculeux. Sur plusieurs parties du corps, on voit en outre des taches foncées et cuivrées. Vitiligo syphilitique du cou; engorgement des ganglions cervicaux et occipitaux, sous-maxillaires et sterno-mastoïdien droit. Plaques muqueuses sur les amygdales. Pas de palpitations du cœur; pas de bruit vasculaire. Le 10 novembre, la diathèse syphilitique étant constatée, on prescrit une pilule de 2 centigrammes 1/2 de proto-iodure de mercure. Au bout de huit jours la dose est portée à 5 centigrammes par jour. Quinze jours après l'institution de ce traitement, les mouvements choréiques ont tellement diminué, que la malade marche presque comme dans l'état normal. Les mouvements désordonnés des membres supérieurs ne surviennent que de temps en temps. Le 2 décembre, il n'existe plus aucun mouvement choréique. La surdité a sensiblement diminué; plus de douleurs de tête; mais il y en a encore dans les membres inférieurs. Il n'y a plus de pustules sur la peau; des taches cuivrées sont disséminées sur tout le corps; le collier syphilitique persiste très-apparent, c'est-à-dire qu'il y a au cou, sur un fond bistre foncé, une infinité de taches blanchâtres, variant de dimension depuis une lentille jusqu'à une pièce de

quatre sous. Il n'y a plus qu'un léger érythème guttural sur les piliers et sur le côté droit de la luette. Pas d'appétit; vomissements fréquents de suite après le repas; douleurs gastralgiques. Garde-robes diarrhéiques. En un mot amélioration incontestable dans les manifestations diathésiques. Le 2 janvier, la malade a toujours son érythème guttural. Les syphilides du corps ont complétement disparu, à part les macules du cou qui persistent toujours. Plus d'accidents choréiques; mais hier, à une heure du matin, elle a eu une attaque d'*hystérie;* tout d'un coup et pendant qu'elle dormait, dit-elle, elle fut prise de palpitations cardiaques, d'une constriction précordiale, d'un sentiment d'oppression et de boule hystérique qu'elle essayait d'arracher continuellement avec les mains. Plus tard les membres ont été le siége de mouvements désordonnés; ils restaient fréquemment dans l'extension forcée: l'estomac était gonflé par des gaz. Cet accès a duré trois heures; les mêmes phénomènes hystériques se sont répétés trois fois pendant le mois de janvier et toujours après minuit. Le 24 janvier il est survenu un accès différent des précédents : vers minuit et demi les malades couchées dans les lits voisins ont été réveillées par des cris sourds, plaintifs et profonds, semblables à ceux poussés par une personne qu'on chercherait à étrangler. G... insensible, ayant les yeux largement ouverts et fixes, sans strabisme, la bouche écumeuse, la figure rouge violacé, les membres parcourus par des convulsions très-fortes, se débat et menace de tomber du haut de son lit; de temps en temps, elle continue à pousser encore des cris de détresse. Cet accès dure pendant vingt-cinq minutes environ; après quoi la malade s'endort, et le lendemain, brisée et abattue, elle n'a aucun souvenir des accidents qu'elle avait éprouvés la veille. La syphilis a fait des progrès aussi, malgré la dose quotidienne de 15 centigrammes de proto-iodure de mercure, que la malade prend depuis vingt jours. Sur la partie postérieure et gauche de la voûte palatine, on voit un petit tubercule syphilitique ulcéré, circonscrit par une injection très-vive. Il n'y a plus d'engorgement ganglionnaire ; le vitiligo syphilitique du cou persiste toujours. Depuis un mois environ G... éprouve de nouveau, et toutes les nuits, des douleurs céphaliques profondes, très-violentes; il n'y a pas

[redacted]

de névralgie chez elle. La surdité de l'oreille droite a aussi augmenté : la malade n'entend plus absolument rien de ce côté-là. Tous ces symptômes ont cédé progressivement à l'emploi simultané de l'iodure de potassium et de l'iodure mercuriel dont la dose fut portée pour le premier à 3 grammes et pour le second à $0^{gr},25$ par jour; de manière qu'on pouvait considérer la malade comme parfaitement guérie lorsqu'elle a quitté l'hôpital de la Pitié, cinq mois après son admission. Nous n'avons plus eu de ses nouvelles depuis cette époque.

Réflexions. — Il ressort de la lecture de cette observation, et de la manière la plus évidente, que la cause qui a déterminé tous les accidents nerveux décrits plus haut était bien la diathèse syphilitique.

Et d'abord, on ne peut invoquer, dans ce cas, ni l'hérédité, ni l'existence d'une maladie antérieure quelconque qui aurait favorisé la manifestation de la chorée. La malade n'a jamais eu de rhumatisme; elle n'a jamais souffert d'aucune affection nerveuse. Les mouvements choréiques se sont déclarés pour la première fois lorsque G... était sous l'influence de la syphilis constitutionnelle.

Maintenant, si l'on cherche à préciser davantage, quoiqu'il ne soit pas possible de savoir exactement à quel moment de l'infection du sang la chorée est survenue, il est probable, à en juger par les accidents nerveux qui éclatent parfois comme avant-coureurs de la première éruption cutanée, il est probable, disons-nous, que chez cette malade les phénomènes choréiques avaient fait explosion lors de l'apparition de la roséole syphilitique, qui a passé inaperçue, comme cela arrive dans nombre de cas. D'ailleurs, G... avait déjà une éruption cutanée légère lors de sa première admission à l'hôpital de la Charité pour une chorée. Elle était donc déjà sous l'influence de la diathèse dont l'âge peut être calculé ap-

proximativement, la malade étant restée vierge de tout traitement modificateur de la syphilis.

En effet, les éruptions pustuleuses et les plaques muqueuses, que notre malade portait lorsque plus tard la diathèse syphilitique fut reconnue, appartiennent, comme on le sait, à une époque plus avancée de l'infection constitutionnelle que la roséole. Cette perturbation remarquable dans l'exécution des mouvements des membres, de la tête, de la langue et du tronc, influençant la respiration, comme il a été dit dans l'observation, résiste à tous les traitements employés et dure pendant plusieurs mois; puis elle cède avec rapidité et d'une manière définitive à l'emploi du proto-iodure de mercure, en même temps que les autres accidents syphilitiques s'améliorent, que les pustules de la peau s'effacent, que les plaques muqueuses disparaissent, que les douleurs de la tête et des membres se dissipent et que les ganglions lymphatiques eux-mêmes commencent à se dégorger.

Une autre remarque intéressante découle tout naturellement de la narration de ce fait : aussitôt que derechef les accidents syphilitiques se sont aggravés, qu'il est survenu chez la malade un tubercule gommeux du voile du palais et des céphalées intenses, en un mot, aussitôt que la diathèse, vaincue momentanément par l'usage des spécifiques, a présenté une nouvelle recrudescence, il y eut une seconde explosion de phénomènes nerveux, et cette fois-ci de véritables attaques hystériques.

L'organisme s'habituant aux doses des médicaments employés, qui deviennent inefficaces pour combattre la diathèse syphilitique, les accidents nerveux marchent dans la même progression ascendante et les accès hystériques se transforment en hystéro-épileptiques. Filiation

:urieuse de divers troubles nerveux, se succédant les uns ıux autres, et suivant toujours la même marche que les ıutres manifestations diathésiques de la syphilis!

OBSERVATION LXXVII. — *Chorée syphilitique* (1).

Résumé. — L... blanchisseuse, âgée de 22 ans, entre à Saint-Lazare, le 20 avril 1852, pour une syphilis constitutionnelle. 'amais elle n'a eu aucune affection convulsive, ni rhumatisme ıi scrofules. Ses parents n'ont jamais eu de maladies dépenlant d'une diathèse quelconque. On la soumet à un traitement ıpécifique par le proto-iodure de mercure. A la fin de juin, elle était sur le point de quitter l'hôpital, guérie de ses accilents, lorsqu'elle est prise de malaise, de céphalalgie fronale et oculaire, accompagnée d'un mouvement fébrile intense; ›uis il survient une éruption vésiculo-pustuleuse de la peau.)n reprend le traitement spécifique consistant en liqueur de 'an Swieten et iodure de potassium. Les accidents se modilaient sous l'influence de cette médication, lorsque le 2 août :ette femme éprouve une céphalalgie intense, avec douleur ›ccipitale très-vive; puis des vomissements, de l'insomnie, les étourdissements. La face est vultueuse, les yeux injectés; ›n prescrit des sangsues à l'anus. Quatre jours après, bien que ous les accidents cérébraux eussent disparu, elle ressent dans e bras gauche, puis dans la jambe du même côté, des mouvenents involontaires, des convulsions spasmodiques, saccadées. Elle éprouve en même temps un affaiblissement notable dans .outes ces parties, avec douleur assez intense s'étendant du :oude jusqu'au bout des doigts; même douleur dans les mus:les antérieurs de la jambe, avec sentiment de faiblesse dans e genou, au point que dans la progression la jambe fléchit ous le poids du corps, pendant que le pied exécute un mouvement de rotation en dedans. Il lui est impossible de manger ıvec la main gauche; lorsque la malade approche la cuiller le sa bouche, elle est aussitôt rejetée loin du corps. La langue e déviait à droite; l'œil droit, les muscles de la face étaient ›ris aussi de mouvements convulsifs. La sensibilité cutanée

(1) *Observation du docteur Costilhes. Gazette médicale de* 1852.

resta normale. Le 1er septembre la chorée était à son apogée et fut constatée par M. Ricord. Du 3 au 10, les phénomènes nerveux ont diminué progressivement; le 12, il ne restait qu'un léger tremblement. Le 15, les accidents choréiques ne consistent plus qu'en un petit mouvement spasmodique de la paupière inférieure gauche, mouvement dont la malade n'a pas conscience. Le 20, la guérison est complète; on continue néanmoins l'administration de l'iodure de potassium.

M. Costilhes a gardé cette femme pendant deux mois dans son service à Saint-Lazare, sans être témoin de nouvelles manifestations, dénotant une perturbation du système nerveux.

Réflexions. — Nous ferons remarquer, à propos de cette observation, que les symptômes de la syphilis accessibles à la vue étaient en pleine amélioration, lorsque la chorée est survenue ; tandis que chez notre malade les accidents nerveux se sont toujours aggravés ou améliorés en même temps que toutes les manifestations syphilitiques appréciables.

L'observation de M. Costilhes rassure donc moins l'esprit sur la nature réellement syphilitique de la chorée, que le fait que nous avons exposé en premier lieu.

Cependant il convient de faire remarquer que parfois des accidents cérébraux essentiellement syphilitiques peuvent éclater pour la première fois lorsque la diminution, la disparition même des manifestations syphilitiques externes était loin de faire prévoir une telle complication.

Un exemple de ce genre, et que nous avons déjà cité, se trouve consigné dans l'iconographie de M. Ricord : le malade sort de l'hôpital le 13 décembre, après avoir suivi un traitement spécifique de plusieurs mois, et lorsque tous les accidents syphilitiques avaient complétement disparu. Il y rentre le 24 du même mois, avec des troubles de la motilité et de l'intelligence.

CHAPITRE II.

DE L'HYSTÉRIE SYPHILITIQUE.

Aucun auteur, à notre connaissance, n'a mentionné la syphilis parmi les causes possibles de l'hystérie, et le titre même de cet article aurait trouvé des contradicteurs et des incrédules, si des faits authentiques ne venaient à son appui.

Néanmoins Joseph Frank (1), en parlant des spasmes en général, consacre quelques lignes aux spasmes syphilitiques. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Comme il s'est présenté à notre observation des spasmes qui avaient commencé avec la syphilis, et qui n'ont pu guérir que lorsque celle-ci a été détruite, nous sommes obligés d'admettre des spasmes dus à la diathèse vénérienne; mais nous n'osons décider si les spasmes de cette espèce sont excités directement, par l'action du principe vénérien sur le système nerveux, ou indirectement, par les exostoses, les concrétions tophacées ou les ulcères. » Puis il ajoute qu'il ne faut pas les confondre avec ceux excités par le mercure.

Étaient-ce là des mouvements convulsifs, ou bien des spasmes hystériques? c'est ce qu'il est impossible de savoir, car J. Frank décrit l'hystérie dans le même chapitre que les affections spasmodiques *vagues*, comme il les appelle.

(1) *Pathologie interne*, t. III, p. 441.

Quoi qu'il en soit, cet auteur ne nous donne aucune observation à l'appui de l'opinion qu'il a émise. Les spasmes de caractère syphilitique, dit-il plus bas, disparaissent avec la syphilis, ou deviennent nerveux primitifs (1).

Nous avons déjà vu, dans l'observation de chorée syphilitique, relatée plus haut, que lorsque, deux mois après la disparition de cette affection, de nouveaux symptômes annoncèrent la recrudescence de la syphilis, la malade commença à éprouver des accès franchement hystériques. Ainsi, elle était prise d'oppression thoracique, d'anxiété, de constriction précordiale très-intense; l'estomac se distendait par des gaz; il semblait à la malade qu'une boule remontant de l'épigastre jusqu'à la gorge menaçait de l'étouffer; les membres, en proie à des mouvements répétés et involontaires, se tendaient en se contournant en dehors, etc.

L'observation qui suit nous offre un pareil exemple d'hystérie déterminée par la syphilis à son début; cette affection nerveuse a précédé l'éruption exanthématique ; elle a complétement cédé à l'emploi du mercure.

Un fait qui mérite de fixer notre attention, c'est que, chez toutes nos malades, les phénomènes hystériques se manifestaient pendant la nuit. Jamais chez aucune des trois hystériques qu'il nous a été donné d'observer, ils ne se sont manifestés durant le jour. Il existait chez toutes les trois des symptômes incontestables de la diathèse syphilitique. Mais il ne suffit pas que la syphilis existe conjointement avec l'hystérie, il faut encore se demander si l'on doit rallier les accidents nerveux à la présence de cette diathèse. Or, nous trouvons, chez les

(1) Page 443, *loc. cit.*

[redacted]

trois femmes mentionnées, absence de tout phénomène hystérique antérieurement à l'infection de l'organisme par la vérole. Chez notre choréique les accès hystériformes, je pourrais dire hystériques, succèdent à la danse de saint Guy, et sont remplacés plus tard par des accès épileptiques. Chez Babette, les accès précèdent l'apparition de l'exanthème et diminuent sensiblement de violence, aussitôt après que l'éruption eut lieu. Cependant quelques jours après, ils reprennent leur première intensité, puis ils cèdent définitivement à l'usage du bichlorure de mercure. Enfin les douleurs violentes siégeant dans la tête et dans les membres de la femme Bergeron paraissent avoir tout au moins contribué à l'explosion des accidents hystériques chez elle. Ces accès étaient également nocturnes, et ils sont survenus pour la première fois pendant qu'elle éprouvait la funeste influence de la diathèse syphilitique; ils ne furent définitivement dissipés qu'après l'administration des préparations mercurielles.

Mais nous prévoyons une objection spécieuse qu'on peut nous adresser relativement à la nature syphilitique de ces accès. L'hystérie, nous objecterait-on, ne serait-elle pas déterminée par la chlorose que la syphilis aurait occasionnée chez ces malades? Un seul argument clinique suffira pour repousser victorieusement cette interprétation hypothétique. Si la chlorose était réellement, chez ces trois malades, la cause essentielle du développement de l'hystérie, les phénomènes de cette névrose devraient augmenter de violence sous l'influence des mercuriaux. Il est en effet démontré pratiquement que l'usage prolongé des préparations hydrargyriques appauvrit le sang en diminuant la proportion de ses éléments solides, et détermine ainsi l'anémie. Or, nos malades n'ont pas

été soumises aux préparations ferrugineuses ; et le mercure au lieu d'aggraver les accidents nerveux, en liquéfiant le liquide sanguin, a tout au contraire enrayé les phénomènes hystériques. Nous devons donc en déduire que ces phénomènes se sont manifestés par l'action directe de la syphilis qui a favorisé leur développement et leur reproduction jusqu'au moment où elle recula devant les spécifiques. En effet, les accidents hystériques se sont rapidement dissipés, dès que la syphilis fut combattue avec efficacité par le mercure employé à dose suffisante, et sans le secours des toniques. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons signalé dans les observations, ces malades ne présentaient aucun signe appréciable de chlorose.

Observation LXXVIII. — *Accidents hystériques, éclatant pour la première fois quelques jours avant l'apparition d'une roséole syphilitique, persistant après elle et revenant toujours la nuit. — Guérison par l'emploi du mercure.*

Babette, âgée de 20 ans, domestique, entre, le 21 août 1858, à l'hôpital des Israélites, rue Picpus. Depuis trois jours, elle a de la fièvre avec exacerbation le soir. Il existe chez elle un abattement général très-prononcé. Elle éprouve des douleurs dans tous les membres, se plaint de souffrir à la gorge, et d'avoir des envies fréquentes de vomir. Le pouls est fort, vibrant (95 pulsations). Il y a de la céphalalgie et des étourdissements, quand elle veut se lever. Perte complète de l'appétit. La peau est à l'état normal; l'examen de la gorge ne fait constater qu'un peu de rougeur. On pense à une fièvre éruptive, et l'on se borne à observer la malade. Il y a déjà plusieurs jours que le sommeil est interrompu, tous les soirs, par des frissons qui parcourent tous les membres, par des douleurs siégeant dans les masses musculaires, par une pesanteur et une gêne épigastriques excessives, et de temps en temps par une dyspnée très-prononcée; parfois la malade est obligée de s'asseoir pour respirer librement. Ces étouffements sont précédés d'une grande inquiétude nerveuse; souvent dans ces

moments, la tête est penchée en arrière et le tronc se soulève en forme d'arc, en oscillant. Enfin il survient une constriction cardiaque, et lorsqu'elle a atteint son maximum d'intensité, la malade fond en larmes; après quoi tous les symptômes cités disparaissent, pour faire place à une grande prostration. Il lui arrive aussi de sentir une boule qui monte de l'épigastre vers le cou, en la suffoquant. Ces différents phénomènes répétés presque tous les soirs, même après l'admission de la malade à l'hôpital, durent environ trois quarts d'heure ; puis après, la malade peut s'endormir avec calme, mais pour se réveiller de la même manière et parfois à cinq ou six différentes reprises dans la nuit. L'examen le plus attentif ne fait constater chez elle aucun symptôme évident de chlorose. Le 25 août, on remarque pour la première fois de petites taches rosées sur le tronc et les membres. Immédiatement après l'apparition de cet exanthème, les symptômes généraux, tels que fièvre, abattement, etc., cessèrent, et les attaques hystériformes diminuèrent de durée et d'intensité pendant huit jours. Quatre jours après la manifestation de la roséole, les petites taches ont commencé à se transformer en papules de plus en plus saillantes. *Traitement :* 1 pilule contenant 1 centigramme de bichlorure de mercure; tisane de salsepareille. A partir du 4 septembre les accès hystériques nocturnes reprennent leur première intensité ; on les voit même augmenter de fréquence. Au milieu du sommeil B... est prise d'une grande agitation; elle porte ses bras tantôt à droite, tantôt à gauche, sans pouvoir les maintenir en place; il en est de même des membres pelviens. Parfois les uns et les autres sont parcourus par des douleurs intenses. B... a des palpitations; elle étouffe; il y a de la constriction de la gorge; les membres sont dans l'extension forcée, ainsi que la tête. L'accès se termine toujours par des pleurs.

Le 10 octobre, les accès hystériques sont plus faibles et moins fréquents; mais la dose du médicament ne suffit pas pour influencer heureusement la maladie vénérienne; en effet, les papules de la peau persistent toujours et deviennent même de plus en plus volumineuses, en même temps qu'elles se multiplient. Le 15 novembre, les papules sont très-nombreuses et très-saillantes; leur coloration est d'un rouge foncé; elles

sont le siége d'une desquamation prononcée. L'éruption ressemble, à s'y méprendre, à une varioloïde à son déclin, lorsqu'il n'y a pas eu formation de pus et que l'éruption a été uniquement vésiculeuse. Syphilides palmaires et plantaires. Éruption pustuleuse du cuir chevelu, alopécie; le front présente une grande couronne de papules très-saillantes dont chacune dépasse la grosseur d'une lentille. Adénopathie cervicale, occipitale et sterno-mastoïdienne; plusieurs ganglions des aines ont acquis le volume d'un œuf de pigeon. La malade éprouve une amélioration évidente pour ce qui concerne les phénomènes généraux, quoique les symptômes que je viens de décrire plus haut démontrent clairement que les doses médicamenteuses ne parviennent pas à arrêter la marche de la syphilis. B... n'a plus que des douleurs faibles soit à la tête, soit dans les membres ; comme par le passé ces douleurs ne se font sentir que durant la nuit. Depuis huit jours environ, les accès hystériformes n'ont lieu que deux ou trois fois dans la nuit; ils sont d'ailleurs très-faibles et de courte durée.

Le 1er décembre, l'éruption a disparu ; il ne reste plus sur la peau que des taches cuivrées qui s'éclaircissent dans certains points. Depuis le 25 du mois passé, le sommeil est physiologique; il n'a plus été interrompu par des accidents nerveux hystériformes; les adénites ont sensiblement diminué. Le 5 janvier 1859, les taches syphilitiques ont disparu, la malade n'a plus eu d'accès hystériques; elle continue son traitement.

Réflexions. — Les phénomènes nerveux se développant pour la première fois chez cette malade, au début de la syphilis constitutionnelle, et en même temps que se sont manifestés les prodromes de l'exanthème syphilitique, persistant après l'apparition de la roséole et cédant au mercure, doivent évidemment être attribués à la vérole.

La description détaillée des divers symptômes qu'éprouvait cette femme ne peut laisser aucun doute, nous

semble-t-il, dans l'esprit du lecteur, relativement à leur similitude avec les accès hystériques.

Nous devons aussi faire remarquer que c'est toujours pendant la nuit que ces accidents nerveux se reproduisaient. Étaient-ils déterminés par les douleurs nocturnes auxquelles la malade était en proie, ou bien, de même que celles-ci, étaient-ils l'expression de la perturbation générale, de la souffrance du système nerveux ?

Si l'appareil cérébro-spinal est assez perverti dans ses fonctions, par la présence même de la syphilis, pour être le siége de douleurs multiples se faisant sentir dans plusieurs parties de son étendue, ne pourrait-il pas également, par les modifications qu'il a éprouvées dans sa manière d'être, donner naissance à des phénomènes nerveux d'un autre genre, hystériques, choréiques, etc. ?

OBSERVATION LXXIX. — *Syphilis constitutionnelle. — Accidents hystériformes nocturnes. — Iritis. — Choroïdite. — Guérison par le mercure. — Rechute. — Amaurose. — Corpuscules flottants dans le corps hyaloïde. — Épanchement sous-rétinien.*

La nommée B..., âgée de 30 ans, est mariée depuis onze ans. Elle n'a jamais eu de grossesse. Blonde, aux yeux bleus, elle est myope ; d'un embonpoint peu marqué, elle offre tous les caractères d'un tempérament lymphatico-nerveux. En novembre 1857, elle remarque que son mari est couvert d'une éruption pustuleuse très-abondante. Six semaines après (en janvier 1858), elle porte elle-même une éruption de taches par tout le corps, éruption précédée et accompagnée de douleurs vives dans la tête et dans les membres. Quelques semaines plus tard, elle a une éruption générale de pustules. Tous les soirs, quelque temps après s'être couchée, lorsque les douleurs mentionnées ont acquis toute leur intensité, B... est en proie à une agitation extrême; elle découvre ses membres, les tend et se roidit en soulevant fréquemment son tronc arqué, en même temps que sa tête est fortement portée

en arrière. Ce sont les douleurs, siégeant surtout au voisinage des grandes articulations, qui déterminent, dit-elle, ces accidents en même temps qu'elles lui arrachent des cris et des larmes. La malade désigne ces phénomènes sous le nom de crispations de nerfs. Dans la journée elle est impatiente, irascible et d'un caractère tel, qu'elle se met en colère ou verse des pleurs à propos de choses presque insignifiantes; jamais avant cette époque elle n'avait eu rien de semblable. Pendant trois mois elle ne put dormir tranquillement que le matin, à partir de six heures; car pendant toutes les nuits son sommeil était interrompu par les douleurs et par les accidents nerveux décrits. Engorgement des ganglions lymphatiques, inguinaux, cervicaux et céphaliques. Alopécie, maigreur, faiblesse générale; la marche la plus modérée détermine des palpitations et de la fatigue; appétit nul, digestions laborieuses. Dans plusieurs parties du corps, les boutons, ayant disparu spontanément, ont été remplacés par des taches foncées. Un médecin consulté, quatre mois à peu près après le début de tous ces symptômes, ordonna, on ne sait trop pourquoi, des bains au sulfate de soude.

Au mois d'avril l'éruption cutanée s'éteint, sans l'intervention d'aucun traitement spécifique; mais les yeux commencent à devenir malades. Il y avait de la rougeur des conjonctives, des douleurs vives et de la photophobie tellement prononcée que B... était obligée de tenir ses paupières constamment fermées. Le 6 mai 1858, elle s'adresse à M. Desmarres, qui, ayant constaté un iritis et une choroïdite dépendant de la diathèse syphilitique, prescrivit des pilules de 3 centigrammes de proto-iodure de mercure; B... en prit d'abord 1, puis 2 et 3 par jour; en même temps onctions belladonées autour de l'orbite. Après un mois de traitement, les maux de tête ont cessé, ainsi que les douleurs des membres et les accidents nerveux précités. Les yeux sont revenus à leur état normal; la malade suspend aussitôt son traitement, sans avoir pris un avis médical. Au mois de juillet, elle eut une recrudescence des symptômes syphilitiques; il survint des douleurs névralgiques à la tête et une insomnie que les calmants ne parvenaient à vaincre. Mais les phénomènes hystériques ne sont plus revenus.

.'œil gauche rencontrait sur tous les objets qu'il regardait
3 tache noire de la grandeur d'une lentille. La malade était
tout frappée de cette illusion visuelle, lorsqu'elle jetait les
ards sur un fond blanc. C'était notamment lorsque la pu-
le était dirigée en haut, et que la malade cherchait à voir
objets situés au-dessus d'elle, que cette tache paraissait
s-étendue; elle diminuait de plus en plus de grandeur à
sure que B... baissait les yeux, et disparaissait complète-
nt lorsqu'elle regardait directement en bas. A la même
oque, une éruption pustuleuse abondante parut au cuir che-
u. La malade fut soumise de nouveau à un traitement mer-
riel : tous les jours d'abord 1, puis 2 pilules de 0gr,05 de
oto-iodure de mercure chacune; mais à peine a-t-elle pris
ces pilules pendant vingt jours, que des troubles des or-
nes digestifs ont obligé de les suspendre pour un mois.
Les premiers jours de septembre, l'œil droit fut lui-même
eint; la malade voyait constamment un fil noir vertical et
petits corpuscules d'un blanc grisâtre, animés toujours de
ouvements. Tous ces symptômes n'existaient que quand la
lade avait les yeux ouverts. La vue s'est ainsi troublée de
is en plus, au point qu'à la fin du mois la malade ne voyait
me pas assez pour se conduire. Nous avons dit que les
cidents gastriques et intestinaux avaient exigé l'interruption
traitement mercuriel, pendant tout le mois d'août; aussitôt
rès leur disparition, B... recommença ses pilules (10 sep-
nbre). Une amélioration rapide s'opéra dans la vue de cette
lade, amélioration que l'on peut aisément se figurer, en
prenant que tandis que B... ne voyait pas assez pour se
nduire avant de se soumettre à la médication hydrargi-
ue, elle est parvenue à lire les journaux vers le 15 du mois
décembre.

1er janvier 1859.—Elle n'éprouve de douleurs, ni dans la tête,
dans les membres; il n'y a ni éruption cutanée, ni adéno-
thie. La papille droite est assez mobile, mais la gauche se
ntracte faiblement sous l'influence de la lumière. Elle est
longue de haut en bas. La sclérotique et les conjonctives
nt normales; l'iris présente quelques taches jaunâtres. L'œil
oit étant fermé, la malade ne peut se conduire avec le
nche. Tout lui apparaît entouré d'un brouillard très-épais;

elle ne peut distinguer que les gros meubles; cependant si un objet, réfléchissant beaucoup de rayons lumineux, est mis soit à ses pieds, soit à son côté gauche, elle l'aperçoit quelque petit qu'il soit. Mais elle ne le distingue pas, s'il est en face d'elle. De cet œil gauche elle ne voit plus ni mouches, ni corpuscules. Du côté droit, elle voit constamment un fil noir vertical qui suit tous les mouvements de l'œil. Si elle fixe les yeux sur un fond blanc (papier, assiette), elle se trompe constamment, croyant à l'existence d'une tache noire; en outre, cinq ou six petits corpuscules, qu'elle compare à des flocons de neige, occupent toujours le champ visuel. Ils sont animés, dit-elle, d'un mouvement transversal; il y en a un parmi eux qui est ovale, de la grosseur d'une lentille et légèrement jaunâtre. Néanmoins elle voit assez bien, distingue les objets les plus petits, elle peut même lire, mais en élevant le livre au-dessus du front. A l'œil nu, les deux champs pupillaires sont noirs comme à l'état normal.

Examen à l'ophthalmoscope, œil gauche : A la lumière réfléchie on voit, à la circonférence interne de l'iris, des dépôts pigmentaires de forme irrégulièrement étoilée. Autour de la papille du nerf optique il existe un épanchement à contours irréguliers; il siége au-dessous de la rétine, car les vaisseaux situés sur cette membrane sont parfaitement visibles sans interruption. Cet épanchement présente une étendue transversale d'un centimètre, le diamètre de la papille étant évalué à 7 millimètres. Il dépasse donc la papille dans tous les sens, mais principalement en dehors. Cette dernière a perdu son aspect resplendissant; les vaisseaux qui émergent de son centre sont plus injectés et plus nombreux qu'à l'état normal. Développement considérable des vaisseaux de la choroïde, ce qui donne au fond de l'œil une couleur rouge foncé. A droite, la papille est nettement visible, quoique couverte également par beaucoup de vaisseaux gorgés de sang; la choroïde, d'un rouge très-vif, est sillonnée par un grand nombre de vaisseaux dont la plupart d'un aspect variqueux. On voit dans le corps hyaloïde un grand nombre de corpuscules flottants, mobiles et dont quelques-uns offrent à l'ophthalmoscope le volume de la tête d'un camion.

29 janvier 1859. — La malade voit bien mieux; elle lit plus

facilement et peut même coudre. L'ophthalmoscope nous fait voir une diminution de l'épanchement sous-rétinien; mais c'est l'œil droit qui est surtout amélioré; l'injection des vaisseaux choroïdiens a diminué d'une manière notable, mais les corpuscules du corps vitré persistent toujours.

Réflexions. — Cette femme a présenté des accès hystériformes qui se sont développés, pour la première fois, au début de la diathèse syphilitique; ces phénomènes nerveux paraissent avoir été provoqués par les douleurs intenses que la malade éprouvait. Il est impossible de ne pas reconnaître, dans la description de ces phénomènes, les symptômes et la marche des accès hystériques. La diathèse syphilitique peut donc provoquer, chez certaines femmes nerveuses, l'explosion d'accidents hystériques, tantôt par la secousse générale qu'elle imprime à l'économie, en tant que maladie infectieuse, tantôt par les douleurs qu'elle détermine et qui paraissent être le point de départ, la cause occasionnelle de ces accès nerveux. Du reste entre les divers phénomènes que nous avons décrits sous le nom d'accidents diathésiques et les accès hystériques il n'y a qu'un pas, que la susceptibilité nerveuse de quelques individus peut franchir aisément. Quoi qu'il en soit, ces accès étaient nocturnes chez cette malade ainsi que les douleurs, et ils ont cessé grâce aux mercuriaux.

Ainsi qu'on l'a vu dans l'observation, la syphilis a été abandonnée à elle-même pendant plus de sept mois chez cette femme. Aussi les affections des yeux ont-elles revêtu une forme grave; et d'abord, il y a eu iritis avec choroïdite. En effet, on comprend facilement l'extension ou le développement simultané de l'inflammation dans deux parties de l'œil qui ont entre elles de grandes connexions fonctionnelles, et qui offrent une struc-

ture presque identique, ainsi que les anatomistes et les micrographes nous l'ont appris. L'iris n'est en effet que la partie antérieure de la choroïde, doublée de quelques nouveaux éléments, d'un tissu spécial, contractile ou érectile.

L'épanchement sous-rétinien, existant autour de la papille du nerf optique, appartient à l'inflammation de la choroïde, membrane sous-jacente à la rétine; mais en outre il y avait, dans ce cas, rétinite, ainsi que le développement des vaisseaux de la papille et leur injection sur une grande partie de la rétine nous l'ont fait constater.

Un symptôme, présenté par cette malade, nous paraît être presque pathognomonique du décollement de la rétine autour de la papille, toutes les fois que les milieux de l'œil conservent leur transparence physiologique. C'est cette tache noire que les malades rencontrent constamment sur tous les objets qu'ils regardent. Mais si l'épanchement est étendu, alors la tache noire peut être assez grande pour occuper tout le champ visuel, et pour déterminer le scotoma des Allemands. Dans la choroïdite intense, principalement lorsqu'il y a des dépôts plastiques multiples dans le fond de l'œil, il y a vision de corpuscules lumineux ou de nombreuses mouches, ainsi qu'on l'a vu dans quelques-unes de nos observations. La malade qui fait le sujet de l'observation précédente, offrait, en outre, des corps flottants dans le corps hyaloïde; elle voyait elle-même ces corpuscules très-mobiles et assez volumineux. La syphilis a déposé ses produits plastiques dans plusieurs parties de l'œil chez cette femme. En effet, nous en avons vu sur la membrane iris, entre la choroïde et la rétine, sous forme d'épanchement entourant la papille du nerf optique, et même dans le corps vitré.

Le traitement antisyphilitique avait guéri cette ma-

lade, une première fois, d'une choroïdite dont elle a été affectée au mois de juin; mais les médicaments ayant été suspendus beaucoup trop tôt, il y a eu récidive avec des accidents bien plus graves. Le mercure a de nouveau sensiblement amélioré l'état de la vue chez cette malade; dont l'observation n'a pu être suivie par nous jusqu'à la fin.

OBSERVATION LXXX. — *Syphilis simulant un grand nombre de névroses.*

M..., ouvrière, âgée de 14 ans, très-bien portante antérieurement, très-bien réglée, séduite par un jeune homme ayant une maladie vénérienne, s'aperçut, huit jours après le coït, d'ulcères ronds douloureux à l'entrée du vagin, et bientôt de pustules, grosses comme des pois, en dehors des grandes lèvres. Elle dissimula son état et continua son travail, sans subir aucun traitement, quoiqu'un médecin, consulté par elle, lui eût dit que c'étaient des chancres. Deux mois après, les ulcères se sont guéris; mais les règles se sont dérangées, les jambes se sont enflées; M... a perdu sa fraîcheur et son appétit; les règles se sont enfin supprimées totalement. Elle consulta un autre médecin qui la saigna et ordonna des bains. Ces moyens amenèrent un soulagement, et elle se remit à son travail. Quelque temps après, il survint des palpitations, de l'oppression et de la toux, à la suite d'un temps froid et humide; sangsues aux cuisses pour appeler les règles, qui sont revenues, mais qui n'ont coulé que pendant deux jours au lieu de quatre, ce qui était leur durée habituelle chez la malade. Plus tard, une émotion vive est considérée comme ayant amené une céphalalgie; les cheveux sont tombés; pendant les chaleurs de l'été, elle se trouvait bien; mais à la suite d'une indigestion, elle eut de violents maux d'estomac, une leucorrhée abondante, et, tous les trois ou quatre jours, des crises nerveuses, pendant lesquelles elle était en proie à des mouvements convulsifs qui lui agitaient les bras pendant quelques minutes.

C'est alors que M. Baumès fut appelé. Pendant une année tout entière, il fit subir à la malade plusieurs médications sans en obtenir aucun résultat; plus tard, consulté pour une

aménorrhée de trois mois, pour un serrement de poitrine et pour des palpitations qui avaient sensiblement diminué après une éruption apparue sur les cuisses, il découvrit de l'ecthyma syphilitique sur les jambes, et des plaques cuivrées sur les cuisses, les bras et la poitrine. Éclairé sur la nature de la maladie, il ordonna des bains de sublimé et du sirop de Cuisinier additionné. M... marcha vite vers la guérison; les règles revinrent, et la malade fut définitivement débarrassée de tous les phénomènes nerveux signalés (1).

Réflexions. — L'observation de cette malade ressemble sous plusieurs rapports à celle des n[os] LXXVIII et LXXIX. La syphilis constitutionnelle avait déterminé des phénomènes nerveux hystériques, ainsi que la description des accès le fait facilement reconnaître; jamais, avant cette époque, elle n'avait rien éprouvé de semblable, et après plusieurs traitements infructueux, le mercure seul parvint à tout dissiper.

Cette femme était hystérique, pourra-t-on dire, parce qu'il y avait chez elle un état chloro-anémique, ce qui est prouvé par l'aménorrhée, par les divers troubles gastriques, etc.

Le mercure, répondrons-nous, qui a combattu avec succès tous les phénomènes morbides, n'a aucune prise contre la chloro-anémie dont il favorise au contraire le développement et perpétue l'existence, en liquéfiant et en appauvrissant le sang de plus en plus. Ce médicament héroïque n'agit que contre la diathèse syphilitique. Si donc les accidents nerveux, éclatant pour la première fois conjointement avec l'apparition de la vérole, disparaissent sous l'influence des spécifiques dont l'action sur la chlorose est nuisible, force est d'admettre que c'est bien la diathèse syphilitique qui les a provoqués et entretenus.

(1) Baumès, *Précis historique et pratique sur les maladies vénériennes*, 1re partie, p. 141.

CHAPITRE III.

DE L'ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE.

Nous avons déjà cité l'aphorisme 1884 de Boerhaave, dans lequel cet observateur sagace nous dit nettement qu'il a vu des épilepsies, consécutives à la syphilis invétérée; mais il paraît vouloir toujours rattacher les lésions cérébrales à des altérations de tissu, qui commencent sur les parties protectrices de l'encéphale.

Lazerme (1) admet que des produits syphilitiques, développés dans la substance cérébrale, peuvent déterminer l'épilepsie.

Nous pensons, et c'est l'avis aussi des principaux auteurs cités dans notre article bibliographique, qu'une carie, qu'une nécrose syphilitique peuvent enflammer, par leur présence, les méninges et l'encéphale, mais qu'il n'y a rien de spécifique dans cette inflammation, rien de propre à la syphilis, comme l'admettent certains médecins.

Thierry de Héry dit avoir observé des spasmes d'épilepsie consécutivement à la syphilis.

Astruc cite aussi l'épilepsie parmi les nombreuses affections dont la syphilis peut provoquer le développement.

Enfin, ainsi que le fait savamment remarquer M. Gi-

(1) *Tractatus de morbis internis capitis.* Amsterdam, 1748.

bert (1), presque tous les syphiliographes ont parlé de la *vérole-protée*, pouvant engendrer tous les maux connus; mais ce qui manque dans tous ces ouvrages, ce sont les observations complètes et probantes.

Morgagni (2) cite l'observation suivante de Médiavia : « Une femme avait au front deux tumeurs gommeuses. Elle était sujette à des accès d'épilepsie. Une des tumeurs a disparu par l'effet du mercure. La malade a continué à avoir des attaques épileptiques, malgré le traitement mercuriel auquel on l'a soumise, puis elle est morte dans le coma, sans éprouver aucune paralysie. On a trouvé, à l'autopsie, les os du crâne détruits en plusieurs endroits, et les signes d'un ramollissement cérébral. »

Raïken (3) cite aussi quelques lambeaux d'observations qui ne peuvent nullement édifier le lecteur sur le rôle qu'on attribue à la vérole.

Zacchias (4) fait mention de cas semblables.

Joseph Frank traite, dans un chapitre spécial, de l'épilepsie syphilitique. Il est difficile de croire, dit-il, que la syphilis puisse produire l'épilepsie par une action directe sur le système nerveux. Elle ne le fait que d'une manière indirecte, en déterminant la carie, l'exostose et les productions tophacées qui, en plusieurs endroits, peuvent agir sur la pulpe nerveuse. Le diagnostic, ajoute-t-il, se tire des antécédents et des symptômes actuels. Les épilepsies nocturnes sont, entre toutes, suspectes d'être syphilitiques.

Bien que cette dernière remarque paraisse être en

(1) *Loc. cit.*
(2) *Epistolæ anatom. Lettre IX*, n° 25.
(3) *Répertoire général d'anatomie.*
(4) *Quæstiones medico-legales.* Lugduni, 1655, *Consulte* IX.

accord avec quelques-unes de nos observations, nous ne pouvons cependant l'admettre d'une manière générale; car il est fréquent de voir les accès épileptiques se manifester pendant la nuit, lors même que l'affection est indépendante de toute cause spécifique.

Joseph Frank cite deux faits à l'appui de ses assertions. Le premier a trait à un Polonais, âgé de 40 ans environ, qui était affecté d'une épilepsie rebelle nocturne, accompagnée de céphalée. Le sublimé corrosif le débarrassa de l'une et de l'autre dans l'espace de six semaines. Ce malade avait eu une affection vénérienne pendant sa jeunesse; mais en quoi a-t-elle consisté? comment a-t-elle été traitée? par quelles autres manifestations la syphilis a-t-elle fait acte de présence? comment étaient caractérisés les accès? aucun renseignement ne nous est fourni sur tous ces points.

Le second exemple fourni par J. Frank est celui d'une servante chez laquelle, au moins, il nous signale des taches et des ulcères syphilitiques. Mais qu'entend-il par les matières tophacées qui remplissaient l'orbite? Quoi qu'il en soit, un traitement antisyphilitique rendit cette femme à la santé (1).

Pelargus (2), Bonnet (3), Kæmpf (4), Roeber (5), ont observé cette névrose produite par la syphilis, mais leurs observations manquent de détails, et plusieurs d'entre elles ne sauraient résister à une critique sévère.

Il en est de même de celle de Ward (6), de Baillou (7),

(1) *Traité de pathologie interne*, traduit par Bayle, t. III, p. 36.

(2) *Med. Jahrgänge*, t. II, p. 317.

(3) *Sepulchr.*, l. I, sect. 12, add. *Obs.* III.

(4) *Acta Hafniæ*, t. I, p. 152.

(5) *Von e. Epilepsie, von vener. Knochenauswüchsen* (*Museum der Heilkunde*, t. IV, p. 290).

(6) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, t. VI, p. 368.

(7) *Opera omnia*, p. 525.

de Tissot, Sauvages, etc., et sans aller plus loin on peut dire, d'une manière générale, que la syphilis existe dans le cadre étiologique de tous les auteurs qui se sont occupés d'épilepsie; mais lorsqu'on voit figurer sur le même rang, parmi les causes possibles de cette névrose, l'usage des lentilles et la déglutition du sang provenant de la section du filet, tout ce que les auteurs ont pu trouver enfin de plus absurde et de plus ridicule, quelle importance peut-on attacher à leurs allégations (1)?

Bonnet (2) cite l'observation de Botalus, dont nous avons parlé, puis celle de Rhodius dont voici un court résumé : « A la suite de mouvements épileptiques, des pustules parurent à la tête; il survint de la céphalalgie, et la peau devint pâle et livide, ce qui, d'après les meilleurs médecins, est un indice certain de la syphilis : tumeurs molles et blanchâtres aux cuisses et aux pieds, tous les mouvements et toutes les humeurs se portent à la tête, attaques d'épilepsie violentes, abolition de la mémoire. Le gaïac est administré avec succès; il fait disparaître les pustules et cicatrise les ulcères du gland; mais le malade, s'étant exposé au vent pendant un orage, éprouve une rechute. Les taches au front reviennent, ainsi que la surdité et la cécité; les membres sont pris de douleurs; les ulcères du gland reparaissent, puis les convulsions. Le malade tombe dans le coma et meurt. A l'autopsie on trouve une partie du cerveau comme gangrené, et, au milieu de cette désorganisation, l'on aperçoit trois petits corps verdâtres ayant l'aspect des tumeurs gommeuses. »

Cette observation, malgré tout ce qu'elle laisse à dé-

(1) Schenck, *Observationum medicarum* liber I, n° 219, Rosenstein, etc.

(2) L. I, sect. 42, *Obs.* XCVII et C.

sirer, semble appartenir à la syphilis ; mais il ne nous est fourni aucun renseignement satisfaisant, soit sur la forme des accès, soit sur la filiation des phénomènes morbides; je dirai même qu'on serait presqu'en droit de ne pas accepter sans réserve le diagnostic et les résultats de la nécropsie, indiqués, et non décrits.

Arrivons enfin à des faits recueillis avec plus de précision.

Benjamin Bell (1) cite, à la page 669 du tome II, l'observation d'un jeune homme qui, fort et bien portant jusqu'à l'âge de 14 ans, devint ensuite faible et délicat, eut des ulcères sur plusieurs parties du corps, et enfin des attaques d'épilepsie. Après qu'on eut essayé, sans succès, plusieurs médicaments, Bell reconnut la vérole; ce jeune homme avait vu une femme, à 14 ans; il contracta des chancres à la verge et eut une tumeur à l'aine. Bell, qui le vit à l'âge de 17 ans, lui ordonna des pilules bleues et des frictions mercurielles. Le ptyalisme survint trois semaines après. Les accès ne reparurent d'abord que beaucoup moins fréquemment, puis la névrose disparut tout à fait.

Plenck (2), J. G. F. Maisonneuve (3) nous donnent aussi des exemples d'épilepsie due à la syphilis constitutionnelle.

Dans le *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris* (4) on trouve deux observations d'épilepsie, guérie par le mercure, observations que Michel Cullerier a lues à la Société.

(1) *Traité de la gonorrhée et de la maladie vénérienne,* trad. de Bosquillon, 1802.

(2) P. 133.

(3) *Recherches et Observations sur l'épilepsie*, p. 126.

(4) T. XIV, p. 271-281.

Prost (1) nous fournit l'exemple suivant : Y..., tailleur, âgé de 44 ans, éprouva des symptômes vénériens, l'an III de la république ; il les fit traiter, et l'an IV il se maria. Peu de temps après, il lui vint beaucoup de boutons sur le corps, de la constipation, une expectoration abondante de matières épaisses, venant des fosses nasales et du pharynx, des étourdissements et des éblouissements. Le gosier fut affecté pendant six semaines ; puis on constata des ulcérations des fosses nasales, avec destruction de la cloison et d'une partie du nez. Les maux de tête augmentèrent aussi d'intensité, au point que quelquefois le malade paraissait fou furieux, ou imbécile. La vue était presque perdue. Le mal s'améliora un peu dans la suite, et le malade se croyait guéri, lorsque la céphalalgie revint avec des vertiges, des évanouissements et quelquefois des pertes de connaissance, pendant lesquelles il était agité de mouvements convulsifs. Tout à coup le bras gauche se paralysa ainsi que les muscles du visage du même côté ; le malade fut atteint de bégayement, puis il tomba dans le coma et mourut. A l'autopsie, on trouva le cuir chevelu couvert de croûtes, et le nez presque totalement détruit. Vis-à-vis de l'union des nerfs optiques, vers la naissance des olfactifs, il y avait des duretés oblongues dont une était du volume d'un fort pois. Plus avant dans le cerveau il existait une substance semblable et de même consistance que les premières. Que de lacunes et que de desiderata dans l'histoire de ce malade !

Thomas Read (2) a publié quelques observations d'accidents cérébraux qui paraissent avoir été déterminés

(1) *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*, t. II, p. 51.

(2) *The Dublin quarterly Journal of medical science*, p. 25.

par la syphilis; mais on ne trouve nulle part la justification du titre de méningite syphilitique qu'il leur confère, puisqu'il n'a été fait aucune autopsie. On peut donc, en restant dans le domaine des faits, constater que les accidents étaient liés à la syphilis, sans préciser à quelle altération ou lésion diathésique ils appartenaient. Quoi qu'il en soit, on trouve, dans l'article cité, une observation fort intéressante (1), intitulée : *Méningite syphilitique, attaques d'épilepsie, névralgies crâniennes intermittentes, dérangement intellectuel, paralysie des sphincters*. Nous nous proposons de la transcrire à la fin de notre chapitre sur l'aliénation mentale, car les troubles des facultés intellectuelles sont plus importants, chez ce malade, qu'aucun autre symptôme.

Selon M. Trousseau, l'épilepsie est souvent provoquée par la syphilis, qui l'occasionne soit par des altérations matérielles, soit par des lésions inappréciables. Dans tous ces cas, l'épilepsie guérira, selon le célèbre professeur (2).

M. Delasiauve (3) admet aussi l'épilepsie syphilitique; il dit (4) que la syphilis peut faire naître l'épilepsie, en agissant directement sur le cerveau en même temps que sur tout l'organisme, ou bien indirectement par les altérations crâniennes qu'elle produit, et qui compriment mécaniquement l'encéphale. Puis il ajoute à propos de la syphilis : « Cette cause d'épilepsie a été de tout temps mentionnée, et est restée cependant problématique. »

Frichoffer (5) cite un cas très-intéressant d'épilepsie

(1) *Observation* n° III.
(2) *Traité de matière médicale*, t. I, p. 230.
(3) *Traité sur l'épilepsie*, ouvrage couronné par l'Académie.
(4) P. 238.
(5) *Correspondenz-Blatt*, 189, cité par Virchow.

syphilitique mortelle. A l'autopsie on trouva à la région de la selle turcique des exostoses aiguës sous forme d'épines, de 2 à 3 lignes d'épaisseur.

Le docteur Yvaren a relaté, dans l'article sur l'épilepsie de son savant livre, tant de fois déjà cité, tout ce que les auteurs ont rapporté à la syphilis. Il nous donne en outre plusieurs faits remarquables, observés par lui-même.

Le docteur Hildenbrand (1) admet aussi l'épilepsie syphilitique, dans l'intéressante thèse qu'il a soutenue à Strasbourg, en 1859. Nous reviendrons à ce travail à propos de l'aliénation mentale syphilitique.

La diathèse syphilitique étant combattue par des médications qui modifient profondément toute l'économie, comment savoir avec certitude, même après la guérison, si le mal caduc était consécutif à la syphilis ou à toute autre circonstance indépendante de la vérole? Néanmoins la présomption devient presque une certitude lorsque aux antécédents syphilitiques du malade on peut ajouter la guérison par les médicaments spécifiques.

La syphilis peut-elle déterminer l'épilepsie, sans l'intermédiaire d'une altération matérielle? Bien que cela nous semble possible et même probable, les faits que nous connaissons ne nous autorisent pas à conclure dans ce sens.

Dans les observations qui suivent, on verra la syphilis mise en évidence, en tant que cause déterminante de cette névrose. Dans plusieurs cas, elle fut guérie par les spécifiques. Néanmoins, l'épilepsie est une affection si grave et parfois si tenace, qu'elle peut persister mal-

(1) *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale.*

gré la disparition de sa première cause, lors même qu'elle aurait été provoquée par une tumeur dont on a obtenu la résolution. Il suffit, en effet, dans certaines circonstances, qu'un individu ait éprouvé un premier accès, pour que l'épilepsie prenne droit de domicile sur l'organisme.

C'est, du reste, ce que l'on voit ordinairement lorsque le mal caduc a été déterminé d'une manière subite, par l'effet immédiat d'une émotion morale vive.

OBSERVATION LXXXI. — *Chancres, céphalées, tubercules du voile du palais en* 1842. — *En* 1849, *épilepsie; iodure de potassium.* — *Guérison.* — *En* 1851, *récidive; destruction du voile; ostéite du nez.* — *Épilepsie.* — *Pas de traitement jusqu'en* 1858. *A cette époque, iodure de potassium.* — *Guérison.*

Le nommé C..., berger, âgé de 36 ans, entra dans le service de M. Puche, à l'hôpital du Midi, le 15 décembre 1858. Personne, dans sa famille, n'a eu d'affections nerveuses; aucun de ses parents ne fut atteint d'épilepsie; le sujet lui-même a joui d'une parfaite santé, jusqu'à l'âge de 22 ans. A cette époque (1842), il contracta un chancre, qui resta ouvert pendant six mois, et qui s'indura dans une étendue de la grandeur d'une pièce d'un franc. Les ganglions des aines se développèrent considérablement, mais ils ne s'abcédèrent pas. Il ne remarqua, dit-il, aucune espèce d'éruption cutanée, tant que le chancre était ouvert; mais dès qu'il fut cicatrisé, et pendant que l'induration persistait encore, il eut des accidents du côté de la gorge, des adénites cervicales et des maux de tête très-violents, ce qui l'obligea d'aller consulter un médecin qui prescrivit un traitement mercuriel de quatre mois. Le malade ignore la dose du médicament; mais il sait qu'il prit en tout 200 pilules. Malgré ce traitement mercuriel, les douleurs de tête persistèrent; leur intensité allait même toujours croissant; la gorge le faisait considérablement souffrir; des douleurs nocturnes, siégeant surtout dans les membres, l'empêchaient de dormir; ses forces s'en allaient de jour en jour;

il maigrissait; il avait perdu l'appétit; et malgré tous ces symptômes, il continua jusqu'en 1849 à faire son métier de berger, sans prendre aucun soin de sa santé. A cette époque, ses violents maux de tête étaient continus, avec exacerbations nocturnes. Insomnie opiniâtre; pas d'éruption cutanée, s'il faut en croire le malade.

En août 1849, il vint à Paris et se fit recevoir dans le service de M. Puche. On constata la présence de tubercules ulcérés qui avaient détruit, en grande partie, le voile du palais : les boissons et les aliments revenaient par le nez, pendant la déglutition; la voix était nasonnée et désagréable; douleurs ostéocopes atroces, dans les tibias, sans exostoses apparentes; céphalées excessivement intenses; le malade était maigre, faible, pâle, cachectique. M. Puche le soumit immédiatement à l'iodure de potassium, dont la dose fut progressivement augmentée; il arriva rapidement à 125 grammes de sa solution par jour, ce qui représente 5 grammes d'iodure. Plus tard, le fer fut ajouté à ce traitement. Peu de temps après son entrée dans le service de M. Puche, et pour la première fois, selon l'assertion du malade, sans aucune émotion morale, sans aucune cause appréciable, C..... eut un accès épileptique. Il n'y eut point d'aura. Le malade était dans son lit, lorsque tout à coup un nuage lui obscurcit la vue, il eut un étourdissement et perdit connaissance pendant un quart d'heure environ. Des mouvements convulsifs parcouraient les diverses parties du corps; il se mordait la langue; il écumait; plus tard, les mouvements désordonnés cessèrent; C... fut plongé dans un assoupissement simulant le sommeil; après quoi, il se réveilla accablé de fatigue et sans avoir aucune conscience de ce qui venait de se passer. Depuis cette époque, pendant tout le temps de son séjour dans le service, il n'éprouva rien de semblable, ni vertiges, ni étourdissements. Tous les accidents s'améliorèrent progressivement, et six mois après son admission à l'hôpital, il ne lui restait plus aucune trace d'affection syphilitique, si ce n'est la destruction du voile du palais, et les accidents consécutifs qui se produisaient pendant l'acte de la déglutition. Bien que la guérison parût complète, par précaution, C... resta pendant trois mois encore à l'hôpital, en continuant toujours son traitement, dans un but prophylactique.

Rien ne révéla, pendant tout ce temps, l'existence de la syphilis. Il quitta l'établissement, après neuf mois de séjour, pour rentrer chez lui et reprendre ses occupations habituelles.

Pendant plus de dix mois il se porta très-bien, n'éprouvant aucune douleur, aucune manifestation syphilitique; mais au bout de ce laps de temps, les céphalalgies revinrent de plus en plus fortes; peu après, il lui survint un nouvel accès épileptique, sans autres signes précurseurs qu'une bouffée de chaleur qui lui monta rapidement à la tête, et qui fut suivie d'un sentiment de sueur. Ainsi qu'à sa première attaque, il n'y eut point d'aura épileptique. Aussitôt après cette bouffée de chaleur, il eut un étourdissement et tomba, sans connaissance, en proie à des convulsions tellement fortes que, malgré les efforts de deux de ses amis pour le maintenir, il se fit une large blessure au cuir chevelu. L'accès convulsif dura pendant vingt minutes environ; il fut suivi d'un coma profond de trois heures, après quoi le malade se réveilla dans un tel état de prostration qu'il fut obligé de garder le lit pendant quinze jours. On le traita par les saignées et les purgatifs. Quelque temps après, il reprit de nouveau son travail. En décembre 1851, de nouveaux tubercules gommeux parurent à l'arrière-gorge; néanmoins le malade ne fut soumis à aucun traitement antisyphilitique. Les accès épileptiques revenaient tous les trois ou quatre mois d'abord; peu à peu ils se rapprochèrent de plus en plus, de manière à se produire tous les mois. La violence de ces accès augmenta aussi progressivement; et quoique le malade ne nous donne tous ces renseignements qu'avec répugnance, en atténuant toujours l'intensité des accidents qu'il a éprouvés ou des phénomènes qu'il présente, ainsi qu'on le verra plus bas, il nous apprend qu'une fois, à la suite d'une attaque très-forte et très-prolongée, il resta trois jours sans avoir conscience de ce qui se passait autour de lui.

Les douleurs de tête continuaient toujours à le tourmenter; la gorge était toujours le siége d'un sentiment de brûlure et de gêne; les accès revenaient avec irrégularité, lorsqu'en 1855, il se déclara une tuméfaction et une suppuration des os du nez. Il y a huit mois environ, qu'un séquestre osseux fut expulsé par les narines. Pressé enfin par ses parents, C... revint à Paris,

et se fit recevoir de nouveau dans le service de M. Puche, salle 7, n° 12, le 15 décembre 1858. Voici l'état du malade au moment de son entrée : il est maigre, d'un jaune-paille, d'un aspect terreux, cachectique; à peine a-t-il marché un peu qu'il se sent fatigué et désire s'asseoir; l'appétit est complétement aboli; diarrhée fréquente; œdème léger des membres inférieurs; nulle part sur le corps, on ne voit de traces d'une éruption cutanée ancienne ou récente. Une cicatrice difforme, large comme la main, se voit à l'aine droite; elle est consécutive à une brûlure, ainsi que la rétraction du petit doigt du même côté, qui reste toujours demi-fléchi. Le nez est déformé, écrasé, aplati; on ne trouve rien autre à la surface du corps, aucune déformation, point d'exostoses. Rien aux testicules; alopécie très-prononcée, depuis seize mois. Il ne reste qu'un faible vestige de la luette, sous forme d'un tubercule médian. Toute la partie verticale du voile du palais est détruite; sur sa partie horizontale, et au voisinage de la dernière molaire droite, on trouve une ulcération transversale d'un centimètre d'étendue, irrégulière, jaunâtre. Sur la paroi postérieure du pharynx, on voit une quinzaine de tubercules ulcérés, dont les uns complétement vidés, à aspect gaufré; les autres remplis par la matière jaune, gommeuse, spéciale aux tubercules syphilitiques; douleurs très-fortes au sommet de la tête, notamment à la partie antérieure, au-dessus du front; elles sont continues, mais de plus, des élancements, des coups de marteau, viennent s'y ajouter de temps en temps. C'est surtout pendant la nuit que Chevilier souffre cruellement, et d'une manière non interrompue. Depuis seize mois, il est profondément sourd; pas d'écoulement par le conduit auditif. Le dernier accès épileptique s'est manifesté il y a cinq jours, nous dit-il.

Traitement. — Iodure de potassium, solution de M. Puche, de 25 à 125 grammes; nous en avons vu plus haut la composition; c'est le 1er janvier qu'il a atteint cette dernière dose.

Le 13 du même mois, les douleurs de tête ont manifestement diminué, le malade a meilleure mine, il mange bien, se lève et se promène; mais, vers le soir, il commence à éprouver, et pour la première fois, une sorte de constriction dans les masséters, et d'embarras dans les mouvements de la mâ-

choire inférieure. Vers six heures du matin, il eut un accès épileptique. C... était tranquille dans son lit, lorsque tout à coup il perdit connaissance. C... nous dit que l'accès a été de courte durée; mais nous apprenons, par l'infirmier et par les voisins du malade, qu'outre l'attaque du matin qui dura près de vingt minutes, il en eut le même jour cinq autres, depuis deux heures et demie de l'après-midi jusqu'à huit heures du soir. Aussitôt qu'il perd connaissance, il se met à crier sourdement et d'une manière continue, comme quelqu'un qu'on chercherait à étrangler. Ce cri, comparé parfois aux gémissements plaintifs d'un animal, ne dure que trois ou quatre minutes; en même temps, tout le corps est le siége d'un tremblement général, ou bien de mouvements parfois assez violents pour précipiter le malade en bas du lit; ce qui lui arriva une fois. La commissure droite est contractée, les yeux ouverts et hagards; parfois il y a du strabisme, la face est pâle et couverte de sueur; l'accès dure pendant quinze ou vingt minutes; quelquefois le malade écume. A la suite de tous ces phénomènes, il survient un assoupissement et un sommeil calme qui dure une ou deux heures; après quoi le malade se réveille avec l'intelligence lourde et obtuse. Outre ces grandes attaques, le malade en a, pendant la nuit, de petites dont il ne s'aperçoit pas lui-même; ses voisins l'entendent de temps en temps se plaindre comme lorsqu'il a ses grands accès; souvent même, ils le voient trembler légèrement pendant une ou deux minutes. Un soir, ils l'ont cru en proie à un rêve, et ils ont essayé de le réveiller, mais sans aucun succès. Ce n'est que quelques minutes après, qu'ils sont parvenus à se faire comprendre.

Le 22 janvier, les maux de tête sont médiocres et supportables. Il dort bien la nuit; son état général s'améliore de plus en plus; il n'a pas eu de grands accès depuis le 15; les ulcérations du pharynx tendent vers la cicatrisation.

Le 16 février, il n'a pas eu de grands accès, depuis le 15 du mois précédent, et les petites attaques, si fréquentes auparavant, ne surviennent que tous les sept ou huit jours. La dernière a eu lieu il y a six jours; elle a à peine duré quelques secondes, pendant lesquelles le malade était sans connaissance, et agité par de légers mouvements convulsifs; puis

il est revenu à lui, sans coma, sans hébétude. Les maux de tête ont très-sensiblement diminué depuis notre dernier examen; cependant le malade s'en plaint encore. L'amélioration est également remarquable, quant aux lésions de l'arrière-gorge : l'ulcère du palais est tout à fait cicatrisé; la plupart des ulcérations, consécutives aux tubercules de la paroi postérieure du pharynx, sont cicatrisées; celles qui restent sont bourgeonnantes et en train de se combler. L'état général du malade est excellent; il a acquis de l'embonpoint, des couleurs; il est gai et fort; en un mot, il y a une modification très-rapide et des plus remarquables sous l'influence du traitement ioduré.

A partir de cette époque, le malade n'a plus eu d'accès épileptique; en même temps les lésions apparentes de la syphilis ont marché progressivement vers la guérison, qui paraissait être complète vers le mois de mai. Néanmoins il fut gardé encore à l'hôpital, et soumis au même traitement, jusqu'aux premiers jours du mois d'août.

Réflexions. — Ce malade a déjà offert, une première fois, en 1849, des accès épileptiques en tout pareils à ceux que nous venons de décrire. Ils ont coexisté avec des accidents syphilitiques tertiaires et se sont rapidement dissipés, sous l'influence de l'iodure de potassium.

Peu de temps après la suspension du traitement, auquel le malade fut soumis pendant neuf mois à l'hôpital, et qu'il continua chez lui pendant trois autres mois, bien qu'il ne présentât depuis très-longtemps aucune manifestation diathésique, C... a de nouveau des accidents du côté de la gorge, des céphalées de plus en plus violentes, une ostéite du nez et des accès épileptiques, qui se rapprochent et s'aggravent à mesure que les autres accidents de la syphilis augmentent eux-mêmes d'intensité. Le malade est remis à l'iodure de potassium; les manifestations syphilitiques commencent à s'éteindre, les ulcéra-

[redacted]

tions se cicatrisent, les céphalées diminuent d'intensité, et l'épilepsie elle-même éprouve successivement la même amélioration rapide que les autres accidents diathésiques. En effet, les grands accès disparaissent et les petits deviennent de plus en plus rares; puis ceux-ci mêmes cessent de se manifester, lorsque le pharynx est parfaitement cicatrisé, et que les céphalées ne viennent plus tourmenter le malade. Il est donc impossible de méconnaître la nature syphilitique de cette névrose. Ainsi Chevilier, grâce au traitement spécifique, paraît être encore une fois guéri de son épilepsie; mais peut-être aura-t-il ultérieurement de nouvelles rechutes; ce qui se voit malheureusement dans certains cas, lorsque la syphilis s'enracine en quelque sorte, et que ses symptômes se perpétuent.

C'est pour les faits de ce genre que nous nous sommes surtout demandé si, après la guérison même de tous les phénomènes syphilitiques, il ne serait pas rationnel de continuer l'iodure de potassium pendant un temps plus ou moins long, et d'y revenir de temps à autre par intervalles. Car, ainsi qu'on l'a vu dans l'observation du malade de M. Hérard (OBSERVATION XXI), une récidive peut avoir lieu lorsqu'on s'y attend le moins, et emporter rapidement le malade. Il faut donc bien se garder de se fier aux fausses apparences d'une guérison qui peut sembler radicale.

Il nous paraît très-probable qu'il s'est développé chez Chevilier une tumeur cérébrale qui a produit les céphalées d'abord, et plus tard les accès épileptiques. Les tumeurs syphilitiques ne commencent parfois à donner naissance à des accidents cérébraux que lorsqu'elles ont acquis un certain volume. Dès que l'iodure de potassium a réduit leurs dimensions, les phénomènes nerveux peu-

vent diminuer et même disparaître; mais la tumeur elle-même ne peut se résorber en totalité, d'une manière aussi rapide. Aussi arrive-t-il dans ces cas que les symptômes cérébraux se reproduisent plus ou moins longtemps après l'interruption du traitement; ce qu'on peut s'expliquer en admettant que la tumeur n'a pas cessé d'exister et qu'elle a de nouveau augmenté de volume sous l'influence de la diathèse persistante.

OBSERVATION LXXXII. — *Tumeurs syphilitiques gommeuses des méninges. — Épanchement gommeux dans la substance cérébrale. — Nécrose des os; attaques épileptiformes. — Hémiplégie incomplète. — Autopsie.*

De Raoul (Émilie), 47 ans, sans profession, entre, le 8 novembre 1856, à l'hôpital Lariboisière, lit n° 16, salle Sainte-Mathilde, service de M. Hérard. Tempérament nerveux, irritable; maigreur assez prononcée; peau du visage déjà bien ridée. Gencives pâles; pas de souffle carotidien. La menstruation s'établit à 16 ans, et la ménopause a eu lieu à 30 ans, sans cause connue. En 1849, son mari lui aurait donné la syphilis; jusqu'alors elle avait joui d'une excellente santé. Ses parents, bien portants d'ailleurs, n'ont jamais eu d'affections syphilitiques. A cette époque, elle eut des chancres, aux parties sexuelles, et, trois semaines après, un médecin consulté prescrivit un traitement interne; trois mois plus tard, elle consulta M. Ricord. Elle eut des maux de gorge, mais sans ulcération; jamais de taches à la peau, ni douleurs, ni alopécie. L'affection du crâne commença en 1852, c'est-à-dire trois ans après que la malade avait terminé son traitement spécifique, qu'elle suivit régulièrement, surveillée par M. Ricord. Après huit mois de vives douleurs, il s'est formé un abcès du cuir chevelu. Cet abcès s'est cicatrisé, il y a deux ans et demi, c'est-à-dire en 1854. A cette époque, elle suivit un traitement spécifique, sous la direction de M. Cruveilhier. Mais déjà en 1853 la malade fut prise, pour la première fois, de ce qu'elle appela ses crises, dont elle cherche l'explication dans le chagrin que lui causait la mauvaise conduite de son

mari ; elle en a eu en tout une vingtaine. Ces onze derniers mois, ces accidents avaient disparu, et elle s'en croyait débarrassée ; mais ils ont recommencé à se manifester de nouveau depuis peu de temps ; la dernière attaque a eu lieu trois jours avant l'admission de la malade à l'hôpital. Voici en quoi consistent les phénomènes qui constituent l'attaque ; la malade est avertie de l'imminence de l'accès par un malaise général, et se couche. Ordinairement elle perd connaissance ; cependant cela n'a pas eu lieu la dernière fois. Les yeux roulent dans leurs orbites ; la tête, le corps et les membres sont agités de mouvements spasmodiques ; la dernière fois pourtant, les convulsions ne se sont manifestées que dans les yeux, la tête et le bras droit. Elle n'a jamais eu d'écume à la bouche ; elle ne s'est jamais mordu la langue ; la durée de l'attaque est de cinq à dix minutes ; après quoi la malade ressent une fatigue, qui dure d'un quart d'heure à une demi-heure ; mais, quelquefois, il reste des paralysies, qui persistent quelques jours ou un mois environ. C'est ainsi qu'elle a eu une paralysie incomplète de tout le côté gauche, pendant quinze jours. Depuis trois mois, et à la suite d'une attaque, le bras droit est resté semi-paralysé. A son entrée à l'hôpital, son état général est bon et sa santé ne paraît pas sérieusement compromise ; expression de la face un peu égarée, yeux hagards. La mémoire est conservée ; cependant il y a quelque chose de lésé du côté de l'intelligence. Les yeux sont mobiles dans tous les sens ; pupilles petites et égales, mais peu contractiles. Face légèrement déviée, commissure gauche un peu plus élevée que la droite ; la moitié droite de la face, un peu paralysée, paraît située sur un plan inférieur. Bouche oblique de haut en bas et de gauche à droite ; d'ailleurs tous les muscles de cette région peuvent se contracter, et la sensibilité y est intacte. La sensibilité tactile générale est égale dans les deux membres abdominaux, mais un peu obtuse dans le membre thoracique droit ; marche facile ; mais la jambe droite est, au dire de la malade, un peu plus faible que la gauche. Le membre thoracique droit conserve ses mouvements, mais les doigts ne peuvent pas saisir un objet, ni le serrer ; la main reste pendante et fléchie, comme dans la paralysie des extenseurs par cause saturnine. Sur le milieu de la voûte crânienne, mais beaucoup plus près de l'extrémité

occipitale que de la frontale, on trouve une solution de continuité des os, de la grandeur d'une pièce de 5 francs; les téguments du crâne sont, en cet endroit, amincis et adhérents aux os; il y a aussi absence de cheveux en partie. On n'y constate aucune espèce de mouvements isochrones au pouls ou à la respiration. Cette solution de continuité est couverte d'une croûte, et la malade dit que, quand on l'explore pendant longtemps, on lui détermine des crises. Les autres fonctions sont régulières : appétit bon, digestions faciles, un peu de constipation, enfin un peu d'embarras dans la parole; pas d'adénites; crête médio-palatine peu saillante; pouls petit, régulier, à 68. On prescrit un julep, avec 1 gramme d'iodure de potassium, et de la salsepareille avec du sirop de Cuisinier.

Le 13 novembre, à onze heures du matin, elle est prise d'une attaque, avec perte de connaissance; la figure s'est horriblement contractée; pas d'écume à la bouche. Le soir, on trouve une paralysie complète du mouvement et du sentiment des membres thoracique et abdominal droits; la sensibilité est obtuse dans la moitié correspondante de la face. Le 17 au soir, on trouve la malade plongée dans un assoupissement profond. Le 20, impossibilité absolue de parler; elle remue la langue, mais elle ne peut la faire sortir de la bouche; prostration profonde. Lavement purgatif, vésicatoire à la nuque. Le 21, même état; mais les jours suivants, elle peut un peu parler; elle n'accuse aucune souffrance. Le 26, nouvelle attaque d'un quart d'heure, pendant laquelle R... a remué ses membres paralysés; pouls toujours à 72 environ. Le 28, coma profond, dont on ne peut la tirer. Le 30, même état. Le 1er décembre, coma complet, un peu de contracture du bras droit, mais cédant aux mouvements qu'on lui imprime; légers spasmes erratiques; pupilles insensibles à la lumière; les paupières restent fermées; pouls à 130; carphologie. Mort.

Autopsie. — La perte de substance des os du crâne s'étend à une petite profondeur; elle est remplie par une substance jaune, friable, ressemblant à de la sciure de bois; le tissu osseux du pourtour et du fond de cette solution de continuité est éburné. A la face interne des os et à la partie correspondante à cette perte de substance, on trouve trois petites concrétions, osseuses, rugueuses et saillantes. La dure-mère a

une teinte rougeâtre au niveau de la lésion osseuse : c'est comme s'il y avait, sous elle, un épanchement. Les méninges adhèrent entre elles. Au niveau de la lésion osseuse se trouvent, de chaque côté, deux masses de la largeur d'une pièce de 5 centimes, formées par une substance jaune très-dure déposée à la surface interne de la dure-mère sur laquelle elles font saillie. Elles dépriment les autres méninges vers la substance du cerveau, où ces tumeurs se logent, sans pénétrer. La pie-mère est congestionnée. L'hémisphère droit du cerveau ne présente aucune altération; mais, dans l'épaisseur des circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius, et au milieu de la longueur de cette dernière, on trouve une substance qui, à l'œil nu, paraît être formée de pus concret, et qui ne dépasse pas les limites de la substance grise; cette matière s'étend sur plusieurs circonvolutions voisines; elle est d'un gris verdâtre. Sa surface de section est lisse, sa consistance, supérieure à celle de la substance corticale environnante, qui est un peu molle et injectée. Vers le milieu du sinus longitudinal supérieur, le toucher fait sentir un épaississement très-prononcé. On dirait que ce sinus est rempli par un caillot fibrineux dense; l'incision fait voir qu'il s'est déposé dans le sinus une matière en tout analogue à celle des tumeurs mentionnées plus haut; de sorte que ce sinus est complétement oblitéré dans une étendue de 2 centimètres. Le corps calleux, les couches optiques et les corps striés sont à l'état normal. Rien dans le bulbe, ni dans la protubérance; rien de remarquable non plus dans les autres organes. Au microscope, nulle part il n'y a de pus, mais partout les éléments fibro-plastiques des tumeurs gommeuses, tels que les micrographes les décrivent (1). (Voir l'anatomie pathologique.)

Réflexions. — Ce qu'il y a de remarquable chez cette malade, c'est la persistance de la diathèse syphilitique, malgré les longs traitements dirigés par les habiles maîtres auxquels cette femme s'est adressée. Il faut faire

(1) Observ. communiquée à la Société médicale d'observation, par le docteur Aviolat.

remarquer que dans ce cas la syphilis n'a pas été polymorphe; elle a toujours persisté dans ses manifestations cérébrales.

Trois années se sont écoulées, sans qu'aucun symptôme fît soupçonner la persistance de la maladie syphilitique, lorsque les os du crâne furent frappés de nécrose.

Le diagnostic d'une affection syphilitique posé pendant la vie a été confirmé par l'autopsie; mais on était porté à soupçonner la présence d'une exostose, à cause des attaques épileptiformes, auxquelles la malade était en proie. Comment, en effet, aurait-on pu diagnostiquer une tumeur ou plutôt un épanchement comme celui constaté à la nécropsie?

Chez cette malade, le traitement mercuriel de trois mois, ordonné par M. Ricord, a fait avorter l'explosion des symptômes secondaires.

Les accidents qui ont conduit la malade au tombeau ne furent nullement influencés par le traitement institué par le professeur Cruveilhier. Cette femme offre donc un exemple de ces cas réfractaires au mercure et à l'iodure de potassium; et il ne s'agit pas ici d'une malade qui soit arrivée à la période ultime de la vérole, à la cachexie syphilitique, avant d'être soumise au traitement spécifique. Bien loin de là, la maladie fut combattue avec vigueur, dès son début; la malade était d'une santé générale excellente, et les médicaments ont été très-bien supportés; néanmoins ils sont restés sans action sur les manifestations de la syphilis.

Enfin, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, cette observation nous offre un exemple fort remarquable de dépôt plastique de la syphilis dans l'encéphale, sous les deux for-

mes que nous avons mentionnées, savoir : à l'état d'épanchement, d'infiltration, et à l'état de tumeurs.

M. Ch. Robin, si compétent en cette matière, a examiné ces divers produits au microscope ; il a rencontré partout les éléments fibro-plastiques, propres aux tumeurs gommeuses, et que nous avons décrits longuement à l'endroit de l'anatomie pathologique.

La manière dont les accès épileptiformes se reproduisaient chez cette femme, et les paralysies localisées qu'ils laissaient à leur suite, affectant même les muscles de la langue, sont autant de points intéressants de cette observation. Quant aux paralysies fugaces qu'a présentées cette malade immédiatement après quelques attaques, elles ne peuvent être expliquées que par l'admission d'une congestion consécutive à l'accès lui-même, congestion qui, se dissipant peu après, permettait à l'influx nerveux d'animer de nouveau les membres, d'une manière physiologique.

Observation LXXXIII. — *Syphilis constitutionnelle. — Épilepsie. — Enfants vérolés. — Mère infectée.*

X..., âgé de 35 ans, marié, notaire en province, entre à la Maison de santé de la rue de Lourcine, dont M. le docteur P. Dumotel est le médecin, en juillet 1858. Sa femme donne sur lui les renseignements suivants : peu avant son mariage (1851), X... contracta la syphilis constitutionnelle ; elle ne sait, ni quel fut le traitement auquel on le soumit, ni pendant combien de temps il fut continué. Elle se rappelle seulement qu'il consistait en préparations mercurielles et que c'est M. Ricord qui l'ordonna. Quoi qu'il en soit, peu après le mariage, la syphilis fit acte de présence, non chez M. X... qui n'offrait aucune manifestation à cette époque, mais chez sa progéniture ; madame X... eut un premier accouchement à terme, mais l'enfant était mort et couvert de nombreuses bulles de pemphigus. Un second enfant fut, pendant les six semaines qui suivirent la

[redacted]

naissance, couvert d'ulcérations profondes, qui ont disparu par les bains de sublimé. Il mourut au bout de deux ans. Un troisième enfant, qui vit encore aujourd'hui, est venu au monde avec des taches cuivrées; sa nourrice fut soumise à un traitement spécifique. Cet enfant âgé de 3 ans et demi paraît bien portant aujourd'hui. Enfin un quatrième enfant, qui a trois mois, semble être sain. Dès sa première grossesse la mère eut des accidents secondaires (syphilides, et plaques muqueuses), phénomènes dont un traitement spécifique a fait justice dans le moment. Aujourd'hui elle a une exostose de l'extrémité interne de la clavicule gauche. Avant ces trois dernières années, M. X... se soignait secrètement et sa femme ne peut donner des renseignements exacts que sur ce qu'il a éprouvé depuis cette époque. Tous les quinze ou vingt jours, il était pris de céphalalgies intenses qui laissaient à leur suite une forte pesanteur de tête. Ces douleurs survenaient sous forme d'accès, de cinq à six heures de durée, tantôt le matin, tantôt dans la nuit. Elles étaient parfois si vives que le malade se frappait la tête contre le mur; trois de ces accès se produisirent avec une telle violence que M. X... en perdit presque la raison, dans le moment. Il y a vingt mois, sans aucun prodrome, X... eut une perte de connaissance : son facies était cadavérique, les yeux étaient agités par des mouvements convulsifs; le lendemain il ne conservait qu'un peu d'hébétude dans le regard. Peu après, tous les phénomènes morbides se sont dissipés. Depuis cette époque il n'a plus eu d'accès, mais il éprouvait souvent de violentes douleurs de tête; son caractère devint irritable; il se mettait en colère sans motif. Anorexie, digestions difficiles.

Le 2 octobre 1858, à cinq heures du matin, X... est trouvé dans son lit froid, immobile, inanimé; sa face est pâle, son pouls petit et intermittent. Une demi-heure après, il revient à lui, mais il ne paraît pas avoir conscience de ce qui s'est passé; la parole est très-difficile, il laisse échapper des phrases incohérentes. Jamais avant cette époque le malade n'avait eu d'accès. Il n'avait éprouvé préalablement aucune émotion vive. Personne dans sa famille n'a présenté de phénomènes semblables. Le lendemain, à trois heures du matin, nouvel accès plus violent que le précédent, se présentant d'ailleurs avec des

caractères en tout identiques à ceux du précédent. Dans la soirée, réapparition des mêmes accidents. On administre au malade du sulfate de quinine. Cet accès fut suivi, pendant une heure, de troubles dans les idées et de perte complète de la mémoire. Le jour suivant, à huit heures du matin, des phénomènes analogues se reproduisent. Le surlendemain, nouvel accès, mais bien plus violent que les précédents; il est accompagné d'un tremblement général. Pendant douze heures, le pouls est misérable et les battements du cœur, par instants, difficiles à percevoir. Plus tard il survient une violente réaction, marquée par du délire, de la fièvre et des sueurs abondantes. Après une période de quelques jours, pendant laquelle ces phénomènes diminuaient progressivement, il y eut une rémission complète de tous ces accidents, mais la mémoire resta profondément altérée. Deux mois après, il se manifesta, sauf la violence, des phénomènes analogues à ceux déjà décrits. Après chaque crise la mémoire disparaissait, pour revenir plus ou moins complète au bout de dix à douze jours. Le médecin consulté, à cette époque, soupçonna l'existence de quelque lésion syphilitique et prescrivit l'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes par jour.

Le 24 décembre 1858, tremblement dans le côté droit du corps, pâleur de la face, gêne à la région précordiale, un peu de divagation. Le 25 janvier 1859, mêmes phénomènes, qui se renouvellent plusieurs jours de suite et quelquefois à plusieurs reprises dans la même journée. Le 26, après avoir pris 1 gramme de sulfate de quinine, M. X... a du délire; puis, il est pris d'un accès épileptiforme; sa tête est tournée à droite; son corps, violemment agité par des convulsions, se roidit par moments; sa figure est violacée, sa bouche écumeuse; il y a parfois suspension des mouvements respiratoires; le pouls est plein. Lorsque M. X... revient à lui, la mémoire et l'intelligence sont très-affaiblies; il se plaint d'une douleur à l'épaule gauche; il continue à éprouver de temps à autre des mouvements convulsifs erratiques. A cette époque M. Ricord consulté ordonna l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes à 4 grammes par jour, progressivement, dans une infusion de valériane.

Le 15 février 1859, nouvel accès épileptique; tout à coup

et en l'absence de toute cause occasionnelle, X... éprouve une douleur violente à l'épaule et des spasmes dans le côté droit du corps; puis il tombe sans connaissance; ses membres se roidissent et sont alternativement agités de convulsions; la face est vultueuse; il y a de l'écume à la bouche; une suspension assez prolongée de la respiration, et paraissant dépendre d'une constriction de la glotte, fait craindre l'asphyxie. Cet état dure pendant deux minutes environ; il est suivi de résolution et de coma; après quoi le malade semble se réveiller d'un profond sommeil; mais la mémoire est perdue et l'intelligence obtuse; il ne se souvient de rien absolument. Indépendamment de l'iodure de potassium, on prescrit des frictions quotidiennes, sur le rachis, avec 6 grammes d'onguent napolitain. Un mois plus tard, une amélioration visible, mais lente, commence à se manifester : les attaques s'éloignent de plus en plus et leur durée diminue d'intensité. Au mois de juin, il n'éprouvait plus que les prodromes des accès (les frémissements et la douleur dans l'épaule gauche). On ordonne, tout en continuant le traitement mentionné, dix sangsues à l'anus.

Au 1er juillet, l'intelligence est un peu plus nette, et la mémoire paraît améliorée. M. X... n'a plus eu d'attaques épileptiques, ni de maux de tête, depuis le mois de mai. Il présente un peu d'œdème aux jambes. On ajoute au traitement mentionné 6 pilules de Blancard par jour. Le 4 du mois il a de nouveau un accès épileptique, moins intense que les précédents, mais annoncé comme ces derniers par des frémissements généraux, et par des douleurs à l'épaule. Consécutivement, l'intelligence reste troublée pendant dix jours; le 4 août, vertiges, puis pertes de connaissance. Le 16, nouvel accès : roideur des membres, facies cadavérique, mouvements convulsifs des yeux, contraction des masséters; le pouls est faible, mais régulier, la peau est froide. Cet accès dure cinq minutes, après quoi, le malade ouvre un instant les yeux, puis il s'endort d'un sommeil calme. A la suite de cet accès, la mémoire est restée faible pendant quinze jours environ. Vésicatoire à la nuque.

A partir du 4 août, l'état de M. X... s'améliore de plus en plus; il quitte la Maison de santé, à la fin de septembre, sans

avoir eu de nouvel accès, la mémoire et l'intelligence sont dans un état très-satisfaisant. Le malade se rend compte de tout; il tient une conversation avec suite et se rappelle même son état passé. Il n'éprouve plus rien dans l'épaule; point de frémissements parcourant tout le corps, plus de céphalalgie; en un mot, il n'offre aucun phénomène morbide appréciable. Il lui est conseillé de continuer son traitement chez lui.

Réflexions. — Cette observation semble nous fournir un exemple d'infection de la femme par le mari, bien qu'il ne présentât depuis longtemps d'accidents primitifs.

Les enfants de ce malade étaient, comme on l'a vu, affectés de syphilis héréditaire. Si l'on se rapporte aux renseignements qui ont été donnés par la mère à notre ami le docteur P. Dumotel, il paraîtrait que celle-ci fut infectée par l'intermédiaire du produit de la conception.

X..., n'ayant aucun membre de sa famille affecté du mal caduc, ni d'aucune maladie nerveuse, arrivé à sa trente-cinquième année, sans avoir jamais rien éprouvé du côté du système nerveux, devint épileptique, sans l'action d'aucune cause appréciable, morale ou autre, et à la suite de douleurs de tête, excessivement violentes.

X... a toujours eu des manifestations syphilitiques, depuis le moment de son mariage jusqu'au jour où l'épilepsie fit explosion. Car, ainsi que madame X... l'a dit, il se soignait toujours secrètement, sans tromper néanmoins la vigilance de sa femme. En quoi ont consisté les accidents syphilitiques qui réclamaient une médication, suivie en secret, et quels ont été les médicaments employés? c'est ce qu'il n'a pas été possible de savoir. Il paraît donc que chez ce malade la syphilis qui, à plusieurs reprises, a donné des signes de sa présence, au point de nécessiter une médication, a produit

l'épilepsie, peut-être par le développement d'une tumeur intracrânienne.

L'iodure de potassium est parvenu à éloigner les accès épileptiques, mais il n'a pu les enrayer complétement; peut-être ce résultat a-t-il été obtenu plus tard. Mais en admettant même la persistance des accès épileptiques, nous n'y trouverions pas un argument puissant pour exclure la syphilis de l'étiologie de cette épilepsie. Une tumeur organisée et datant de plusieurs années ne peut disparaître rapidement et à la suite de quelques mois de traitement; il se peut même qu'une fois organisée, elle ne puisse plus se résorber en entier; de ce que la médication spécifique n'a produit qu'un demi-succès dans ce cas, il ne s'ensuit pas que l'épilepsie n'était pas consécutive à la syphilis. Nous pensons que les accès épileptiques peuvent continuer à se répéter lors même que la lésion matérielle déterminée par la syphilis aurait disparu. L'organisme peut en effet contracter l'habitude morbide, qu'on nous passe l'expression, de les renouveler lors même que la cause première qui les a fait naître n'existe plus depuis longtemps.

C'est ce que l'on voit, lorsque cette névrose est la conséquence d'une émotion morale vive, d'une frayeur par exemple; les accès épileptiques continuent à se reproduire quoique l'action de la cause déterminante n'ait été qu'instantanée et fugace.

OBSERVATION LXXXIV. — *Attaques épileptiques, amaurose et paralysie de tous les mouvements de l'œil gauche. — Hémiplégie. — Tumeurs gommeuses développées, l'une dans la couche optique, l'autre au-dessous de la protubérance. — Compression des nerfs moteurs de l'œil, à leur origine. — Cicatrices de tubercules ulcérés à la poitrine et à la jambe.*

Résumé. — B..., âgé de 42 ans, ouvrier en bijouterie, entre

à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 38, service de M. Hérard, le 13 novembre 1854. Constitution bonne; embonpoint médiocre, figure peu intelligente. Il répond mal aux questions qu'on lui adresse et fournit des renseignements très-obscurs sur ses antécédents. Le père est mort on ne sait de quelle maladie. La mère vit bien portante; B... a eu deux enfants, dont l'un est mort, peu après sa naissance. Il y a trois semaines qu'il a quitté son travail. Depuis quelque temps, il était lent et paresseux dans ses travaux. Cependant ce n'est pas la bonne volonté qui lui manquait, car il ne resta chez lui que quand sa main droite refusa de tenir les outils. Depuis ce moment il mangeait à peine, restait au lit des demi-journées environ sans parler, et était devenu d'une apathie invincible. Quand il voulait marcher, il traînait la jambe droite, mais il ne se plaignait de souffrir nulle part; il n'aurait jamais eu la syphilis; il porte cependant, à la région sternale et sur la partie antérieure de la jambe gauche, cinq cicatrices cutanées, dont la forme arrondie, le fond déprimé, la délimitation bien accusée, permettent de penser et d'admettre qu'elles résultent de la fonte de tumeurs gommeuses. Il porte une barbe longue et touffue, qui masque en partie les phénomènes de paralysie faciale, qui plus tard deviennent très-accusés. A son entrée, il marche seul; mais il accuse de la faiblesse et des fourmillements dans tout le côté droit. Il est sans fièvre; appétit bien conservé. Procidence de la paupière supérieure gauche; œil fixe, immobile, amaurotique, plus saillant que le droit. Paralysie faciale droite, accusée par l'aplatissement et l'immobilité du visage du côté correspondant, la déviation à gauche de la commissure, et l'enfoncement plus accusé du sillon naso-labial gauche. Embarras, incertitude de la parole; il comprend toutes les questions, mais les réponses se font attendre. On soupçonne l'existence d'une tumeur intracrânienne, située peut-être au fond de l'orbite, peut-être dans la paroi du sinus caverneux, et on ordonne un traitement spécifique mixte (mercure et iodure de potassium). Dans la nuit, attaque épileptique, pendant laquelle il était en proie à des mouvements désordonnés, siégeant surtout dans le côté droit; écume à la bouche et stertor. Le 18 novembre, l'engourdissement du côté droit a fait place

à une hémiplégie ; l'œil gauche est recouvert complétement par la paupière supérieure ; le globe oculaire est dans une immobilité complète, qui ne peut s'expliquer que par une paralysie de tous les nerfs moteurs; pupille dilatée; cécité complète de ce côté. La sensibilité est conservée aux téguments de la face ; elle est un peu moindre sur la conjonctive gauche que sur la droite. La sécrétion des larmes persiste ; le clignement existe aussi, quand on ouvre la paupière ; mais il est très-faible et s'effectue, probablement, par la seule action de l'orbiculaire. Le 2 décembre, nouvelle attaque épileptique, à la suite de laquelle l'hémiplégie droite est complète ; les membres supérieurs et inférieurs tombent comme des masses inertes ; la sensibilité cutanée y est très-obtuse. Coma, carphologie, déglutition difficile. Deux ou trois fois par jour, agitation d'une heure de durée, puis coma ; quelquefois, gémissements et plaintes inarticulées; œil droit en convulsion, en haut et en dehors. Le 12, facies pâle, traits profondément altérés, aspect bizarre ; l'œil droit n'est plus dans un état convulsif tonique; la tête est invinciblement ramenée à gauche, ce qui paraît être l'effet d'une contracture des muscles cervicaux, et surtout du sterno-mastoïdien et trapèze gauches; en même temps la respiration est presque nulle, à gauche. Il y a de l'aphonie. Le 14 décembre, le malade s'éteint, avec la figure vultueuse et les conjonctives injectées.

Autopsie. — Quatre cicatrices anciennes de la peau existent à la région sternale. Elles sont arrondies, déprimées, à contour irrégulier, d'une couleur sombre et cuivrée, résultant certainement d'une perte de substance avec ulcération. Deux autres cicatrices analogues se trouvent à la région jambière antérieure droite. Sous ces cicatrices, il se présente des noyaux durs, concrets, non enkystés, mais enveloppés immédiatement par du tissu graisseux. Ces tumeurs, dont le volume varie de celui d'un haricot à celui d'une petite noix, sont irrégulières, mamelonnées. Leur coupe offre une couleur jaune un peu cendrée, une surface un peu grenue ; leur substance, malléable, s'écrase facilement et ressemble à de la graisse concrétée. Pas de traces de tubercules dans les poumons. Membranes de l'encéphale saines ; injection prononcée

des vaisseaux de la pie-mère. Une tumeur existe à la face inférieure de la protubérance annulaire, dont elle occupe la moitié gauche. Elle dépasse la ligne médiane et empiète sur le côté droit. Sa surface est déprimée, inégale, grisâtre, comme ramollie, simulant une ulcération à bords renversés, inégaux, indurés, à fond d'un gris cendré un peu rougeâtre; elle a le volume d'un œuf de pigeon. Sa face profonde n'atteint pas la paroi inférieure du quatrième ventricule. La substance cérébrale est hypérhémiée et ramollie à gauche. La tumeur a envahi le pédoncule cérébelleux moyen. Elle laisse intacte l'origine apparente du nerf facial gauche; mais elle comprime celles du pathétique, de l'auditif, du moteur oculaire externe et du trijumeau gauches; elle n'atteint pas le moteur oculaire commun. L'ablation du cerveau est faite très-attentivement, et pourtant l'origine apparente des nerfs, ci-dessus mentionnés, ne peut se retrouver au milieu des désordres ulcératifs et du ramollissement qui a envahi la face inférieure de la tumeur; mais on retrouve facilement celles du pneumo-gastrique, glosso-pharyngien et spinal, bien qu'ils aient été frappés de paralysie incomplète pendant la vie. Une seconde tumeur, moins volumineuse, plus arrondie, enveloppée, de toutes parts, par de la substance cérébrale restée saine, se trouve dans l'épaisseur de la couche optique gauche. Elle ne proémine dans aucun ventricule; mais elle intéresse la substance grise, ainsi que la portion blanche de la couche optique.

Réflexions. — Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est la multiplicité des lésions nerveuses. Ainsi, procidence de la paupière supérieure gauche, impossibilité de rotation de l'œil de ce même côté, en un mot, immobilité complète de l'œil.

L'exophthalmie de ce côté avait fait penser au chef de service à une tumeur du fond de l'orbite ou de la paroi du sinus caverneux, où se trouvent réunis tous les troncs nerveux dont les fonctions ne s'accomplissaient plus. Mais cette hypothèse n'expliquait ni la

paralysie faciale, ni l'hémiplégie droite commençante, coïncidence qui se trouvait d'ailleurs en contradiction avec les faits publiés, sous le rapport de la paralysie alterne. Les attaques épileptiformes firent plus tard placer la tumeur dans l'encéphale, nous dit M. Pillon. Ce n'est que le 18 novembre que l'hémiplégie est devenue complète. On est surpris que des lésions, qui ont dû mettre tant de temps à se produire, aient fourni des manifestations brusques, comme l'aurait fait une hémorrhagie instantanée, ou le ramollissement aigu. Trois semaines plus tard, la fièvre, le coma, la contracture des membres paralysés, vinrent témoigner de l'existence d'une encéphalite; mais il y avait, en même temps, une aphonie, avec impossibilité de tousser, ce qui fit admettre une compression du pneumo-gastrique gauche, résultant d'une lésion siégeant près du trou déchiré postérieur. Puis, le 12 décembre, une rémission des phénomènes convulsifs se produit, la contracture du membre supérieur droit cède, mais les muscles cervicaux gauches se contracturent.

Quoique le malade eût nié l'origine syphilitique des cicatrices, il est impossible, pour quiconque a bien étudié les maladies vénériennes, de ne pas y reconnaître la forme des ulcérations tardives de la syphilis. Et sous ce rapport nous sommes heureux d'être du même avis que M. Hérard et M. Pillon. Il est vrai que l'iodure de potassium n'a pas produit d'amélioration, mais à cette période de la maladie, la plupart du temps, il n'y a rien à attendre de lui. Du reste quelle action peut-il avoir contre le ramollissement cérébral et la désorganisation de la substance encéphalique? Il est même très-probable que les accidents cérébraux n'ont éclaté qu'à partir du moment où ces complications sont surve-

nues ; car les tumeurs cérébrales n'ont pu se développer du jour au lendemain. Leur formation n'a donc pas été annoncée, dès son début, par des troubles cérébraux (1).

M. Robin, qui examina au microscope les tumeurs de ce sujet, n'a pas su à quelle classe de tissus les rapporter. Ce n'était, a-t-il dit, ni du cancer, ni du tubercule, ni de la cholestérine; elles étaient constituées comme les tumeurs gommeuses syphilitiques.

OBSERVATION LXXXV. — *Syphilis constitutionnelle. — Accidents épileptiformes. — Tournoiement de tête, avec sentiment d'être emporté dans un tourbillon dirigé toujours en arrière.*

Le 20 novembre 1850, est entré à la Maison de santé de la rue de Lourcine, X..., âgé de 35 ans, d'une constitution forte. Il donna à notre excellent confrère et ami, le docteur Dumotel, les renseignements suivants. Il y a onze ans (en 1839), il eut deux chancres, avec induration longtemps persistante. Un traitement mercuriel, consistant en frictions d'onguent napolitain, fut suivi pendant un mois seulement, à cause d'une salivation intense qu'il avait déterminée. Deux mois après, apparition de roséole syphilitique, pour laquelle on a prescrit 2 pilules mercurielles par jour, dont le malade ne sait pas au juste la composition. Ce traitement, suivi pendant deux mois et demi, fut suspendu à cause d'une maladie intercurrente, caractérisée par de l'embarras gastrique et de l'ictère. Jusqu'en 1845, la santé de X... fut parfaite ; mais à cette époque, et sans cause appréciable, il lui survint des bourdonnements d'oreilles et des éblouissements qui furent combattus, sans succès, par des sangsues appliquées à l'anus. Trois ans se sont écoulés dans l'état indiqué, lorsqu'en 1848, ces phénomènes ont augmenté considérablement d'intensité. On prescrivit de nouveau des moyens antiphlogistiques; mais le malade, s'en étant trouvé très-mal, fut soumis, quelque temps après, à l'io-

(1) Communication du docteur Pillon à la Société médicale d'observation de Paris.

dure de potassium, dont la dose fut successivement portée de $0^{gr},50$ à 5 grammes par jour. Ce traitement fut continué depuis le mois de janvier 1849 jusqu'au mois de juin. X... éprouva consécutivement une amélioration très-sensible, mais qui disparut quelque temps après la suspension de l'iodure de potassium. Aussi fut-il remis au même traitement en janvier 1850. Il prit de nouveau 4 grammes d'iodure par jour, étant sous la direction de M. Ricord, pendant trois mois entiers. Sous l'influence de cette médication, tous les accidents mentionnés ont rapidement disparu; mais six semaines après avoir interrompu son traitement, il commença à éprouver, derechef, les mêmes symptômes. Aussi, au mois de septembre 1851, il entra à la Maison de santé de la rue de Lourcine, dans l'état suivant. Il se plaint d'éblouissements et de bourdonnements d'oreilles; mais ce qui le tourmente surtout, et qui le préoccupe vivement, c'est ce qu'il appelle un tournoiement de tête, dont il est pris de temps en temps; sensation qui ne dure que quelques instants, pendant lesquels il lui semble « qu'il est emporté, comme dans un tourbillon, toujours en arrière. » Il ne peut, dans ces moments, fixer un objet sans éprouver une souffrance céphalique prononcée, et sans augmenter la durée de l'accès. Ces accidents s'accompagnent d'une appréhension de tomber, appréhension qui précède ces accès, et qui fait que le malade cherche de suite un point d'appui. Il doute aussi de la force de ses jambes, quand il veut sortir. Toutefois il n'a éprouvé ni engourdissements, ni fourmillements, ni faiblesse dans les membres; il n'éprouve aucune difficulté à saisir les corps les plus ténus; toutes les fonctions organiques s'accomplissent régulièrement. Le malade ne peut lire que quelques instants de suite; aussitôt les idées s'entre-choquent, la vue se trouble, et il est obligé de cesser.

Traitement. — Infusion de valériane miellée, avec 4 grammes d'iodure de potassium par jour; application d'un vésicatoire à la nuque. — Dans l'espace de trois mois, tous les accidents cérébraux précités ont disparu; le malade n'avait plus ni ses tournoiements, ni cette faiblesse intellectuelle, qui le condamnait à l'inactivité; en un mot, il ne lui restait absolument rien. Il sortit de l'établissement, en mars 1851, dans un excellent état de santé.

Observation LXXXVI. — *Tumeurs gommeuses du cuir chevelu. — Carie du frontal avec destruction de l'os dans toute son épaisseur. — Accidents cérébraux. — Accès épileptiformes, puis comateux. — Guérison par l'iodure de potassium.*

Le 23 juin 1856, est entrée dans le service de M. Nélaton, à la Clinique, la nommée H..., âgée de 40 ans, couturière. Ses père et mère ont une excellente santé, et, au dire de la malade, ils n'ont jamais eu la syphilis; jamais, à sa connaissance, elle n'a été atteinte par la vérole. Elle n'a jamais rien offert de scrofuleux. Il y a huit mois, sans aucune maladie préalable, il s'est montré une tumeur à la région sincipitale; quelques jours après, une deuxième à la région frontale, sur la ligne médiane; puis d'autres assez nombreuses. Toutes étaient douloureuses, surtout pendant que la malade était couchée. Il y a deux mois, la malade a perdu connaissance, à deux différentes reprises, et à quelques jours de distance; elle tomba par terre, elle eut des mouvements convulsifs; sa face violacée était parcourue par des spasmes, déterminant des grimaces; puis elle est revenue à elle-même, sans avoir aucune conscience de tout ce qui s'était passé. Un médecin, consulté, lui ordonna de l'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes par jour.

A son entrée à la Clinique, elle est dans l'état suivant : teinte cachectique; constitution délabrée. Il existe sur le frontal une ulcération grisâtre; l'os y est perforé, et rugueux tout autour. Un stylet, introduit, pénètre profondément. Il ne rencontre pas la table interne de l'os, mais il s'appuie sur quelque chose de dépressible; il résulte de cette exploration que le frontal est détruit dans toute son épaisseur. Sur plusieurs autres parties du cuir chevelu, il y a des ulcérations jaunâtres, plus ou moins étendues, paraissant dépendre de la fonte des gommes; mais les os ne sont pas atteints. A la région pariétale droite, il existe une tumeur molle fluctuante. L'intelligence et la mémoire sont faibles et altérées; depuis quelques jours, la malade éprouve des douleurs encéphaliques, frontales, siégeant derrière la perforation de l'os. Ces douleurs produisent une exaltation précédée d'une bouffée de chaleur.

Pendant son séjour à l'hôpital, elle eut une perte de connaissance qui dura cinq minutes; cette attaque n'était pas

accompagnée de convulsions. Pas de fièvre; l'appétit est bon.

M. Nélaton, se basant sur la marche et les caractères des lésions osseuses et cutanées, diagnostique une affection syphilitique, et ordonne l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes, et progressivement jusqu'à 2 grammes par jour.

Sous l'influence de ce traitement, la tumeur pariétale a disparu, les ulcérations du cuir chevelu se sont cicatrisées, l'ulcération frontale s'est rétrécie, en se couvrant de bourgeons charnus; les douleurs de tête nocturnes ont disparu; toute espèce d'accident cérébral s'est dissipé, et la malade quitta l'hôpital, dans un état très-satisfaisant, à la fin de juillet. Il lui fut conseillé de continuer son traitement pendant quatre mois encore.

Réflexions. — Chez cette malade, on ne saurait avoir le moindre doute pour ce qui concerne l'existence de la syphilis constitutionnelle. Mais, à quoi doivent être attribués les accidents cérébraux, ces attaques épileptiformes auxquelles, plus tard, ont succédé des accès comateux?

Il est évident que la cause prochaine de ces accidents nous échappe, et que nous ne pouvons nous livrer, à cet égard, qu'à des suppositions plus ou moins probables. La destruction du frontal dans toute son épaisseur suffit pour nous expliquer la production des troubles cérébraux, soit par la présence d'un fragment osseux, irritant les méninges, soit par l'influence exercée sur les méninges et sur la matière cérébrale, par le voisinage de l'altération osseuse. Il n'est donc point nécessaire, pour expliquer les phénomènes nerveux survenus chez cette femme, d'admettre l'existence d'une lésion siégeant dans l'intérieur du crâne.

La rapidité avec laquelle ces troubles encéphaliques se sont dissipés fournit un puissant appui à l'opinion que nous émettons ici, en rejetant comme peu probable

la présence d'une tumeur organisée dans le crâne et agissant sur l'encéphale. D'ailleurs la malade n'ayant présenté ni fièvre ni aucun signe persistant de phlegmasie, on ne peut admettre l'existence ni d'une encéphalite ni d'une méningite.

A propos de cette observation, nous citerons, quoique très-incomplétement, le fait suivant, que nous devons à l'extrême obligeance de M. le docteur Lasègue.

Il y a quelques années, ce maître, aussi aimable qu'érudit, a été appelé auprès d'un malade d'une constitution robuste, d'une excellente santé habituelle, qui a été pris subitement, et à la suite de céphalées nocturnes violentes, de troubles du côté de la vision. Ce malade voyait, en effet, des mouches, puis des taches qui disparaissaient et revenaient en se modifiant de mille manières. Peu après, la vue se troublant de plus en plus, le malade devint complétement aveugle, en même temps qu'il fut plongé dans un état comateux profond. Cet ensemble de phénomènes graves, développés d'une manière très-rapide et ne ressemblant spécialement à aucune affection encéphalique franche, non accompagnée d'ailleurs de mouvement fébrile, ni précédée, au préalable, d'attaque apoplectiforme, inspira les plus grandes craintes sur l'avenir du malade, et obligea le praticien distingué de suspendre son diagnostic et de rester, jusqu'à nouvel ordre, dans l'incertitude, quant à la nature de l'affection qu'il avait à combattre. Quelques jours après, M. le professeur Trousseau fut appelé en consultation. En désespoir de cause, et frappés surtout de la marche bizarre de cette affection qui ne présentait, ni les signes d'un ramollissement cérébral, ni ceux d'une apoplexie, qui n'offrait en un mot, aucune réunion de phénomènes révélant l'existence d'une maladie classique, tenant aussi compte

de la brusque explosion de ces troubles si graves, MM. Trousseau et Lasègue ont soupçonné la syphilis. Ce malade ne portait, à la vérité, dans ce moment-là, aucune manifestation syphilitique; mais il avait eu des signes certains de la vérole quelques années auparavant. Ce qui a fait surtout penser à la syphilis, c'était l'altération rapide et profonde de la constitution de ce malade survenue dans l'espace de quelques jours seulement. En effet, X... perdit ses forces rapidement; il est devenu pâle, jaune, cachectique, en même temps qu'il éprouvait des céphalées nocturnes très-intenses. Le calomel fut administré pendant trois jours, à dose fractionnée. Dès que la salivation mercurielle est survenue, le malade fut mis à l'iodure de potassium. L'état de X... s'améliora comme par enchantement, et, chose presque incroyable! huit jours après l'institution du traitement, le malade a recouvré sa connaissance qu'il a toujours conservée sans être en proie à des accès d'aucun genre. Les céphalées se sont dissipées, et plus tard les troubles visuels eux-mêmes ont disparu. Deux mois de médication ont suffi pour rétablir complétement la santé de ce malade, au point de lui permettre de reprendre ses fonctions d'employé au chemin de fer d'Orléans.

CHAPITRE IV.

DES TROUBLES INTELLECTUELS QUE LA SYPHILIS PEUT PRODUIRE.

Plusieurs de nos malades atteints d'accidents cérébraux syphilitiques ont offert, à certaines périodes de la maladie, des troubles plus ou moins profonds de l'intelligence. Mais ce ne sont pas là des exemples d'aliénation mentale.

On n'est pas plus en droit de désigner ces faits sous le nom de folie syphilitique qu'il ne serait permis de considérer comme aliénés les malades qui ont des désordres intellectuels par suite d'un cancer, ou consécutivement à des masses tuberculeuses de l'encéphale, ou bien encore les méningitiques qui ont du délire.

L'aberration des facultés intellectuelles peut-elle exister, soit comme névrose, soit comme phénomène prédominant dans quelques cas de syphilis cérébrale? Il nous est impossible de répondre d'une manière catégorique.

Les observations que nous possédons ne sont pas assez nombreuses pour que nous puissions trancher définitivement la question. Quant à celles qui ont été rapportées par les auteurs, voire même par ceux qui se sont occupés, récemment encore et d'une manière spéciale, de l'aliénation mentale syphilitique, nous verrons que la plupart d'entre elles n'ont pas l'importance qu'on a bien voulu leur reconnaître, et qu'il n'est même pas difficile de prouver logiquement leur nullité.

Pour exprimer nettement notre pensée, nous dirons que nous admettons volontiers que la syphilis jouisse du pouvoir d'occasionner la perturbation des facultés intellectuelles, comme elle produit l'épilepsie; mais les faits d'aliénation mentale syphilitique non accompagnée de désordres de la motilité et de la sensibilité sont extrêmement rares. Nous verrons que, dans les observations relatées à la fin de ce chapitre, la syphilis constitutionnelle paraît avoir agi tantôt comme cause déterminante, tantôt comme cause occasionnelle, dans le développement des diverses formes d'aliénation mentale. Cependant loin de nous faire illusion sur la valeur de ces faits, nous serons le premier à présenter les objections dont ils sont passibles.

Plusieurs auteurs ont déjà fait observer qu'une compression du centre nerveux par une tumeur syphilitique peut occasionner, outre les phénomènes morbides du côté de la motilité et de la sensibilité, des désordres de l'intelligence.

Benjamin Bell cite un cas de manie syphilitique guérie par les mercuriaux (1). Une femme de 26 ans fut, à la suite de violentes céphalalgies, atteinte d'épilepsie. Les accès se rapprochèrent tellement, qu'elle en eut jusqu'à quatre par jour. Après qu'ils se furent reproduits pendant huit jours avec une grande violence, elle devint tout à coup folle; les accès ne reparurent plus depuis. Elle était depuis deux ans dans une maison d'aliénés, lorsque B. Bell, appelé à lui donner des soins pour des ulcères qui paraissaient sur diverses parties du corps, et qui étaient précédés d'éruptions cutanées, y reconnut la syphilis. Le mari interrogé répondit qu'il se pourrait bien que sa femme eût gagné la maladie de lui. Cette

(1) *Traité de la gonorrhée virulente, loc. cit.*, t. II, p. 672.

malade fut soumise aux mercuriaux. En neuf semaines de temps les ulcères furent guéris; les symptômes de la manie étaient en voie d'amélioration. Trois semaines après, l'intelligence de cette femme était parfaite. Plusieurs années se sont passées depuis cette époque, sans qu'elle présentât aucun symptôme de folie.

Nous ne parlerons de J. Frank que pour mémoire (1). Selon cet auteur, les personnes affectées de mal vénérien ont le système nerveux très-excitable, ce qu'on doit peut-être attribuer à l'état de l'âme pendant cette honteuse maladie.

Pour les auteurs du *Compendium de médecine* (art. Syphilis), l'existence des névroses syphilitiques en général n'est pas encore établie sur des bases suffisamment solides.

M. Yvaren (2) admet que la syphilis peut occasionner des troubles intellectuels. Il cite la remarquable observation d'une femme qui, à la suite de violentes céphalées, tomba dans un état de démence. La mémoire était affaiblie, les traits hébétés, les membres paralysés, la marche incertaine; il y avait une exostose à l'une des jambes. Un traitement mixte a dissipé tous les phénomènes morbides, dans l'espace de quelques semaines.

Selon M. Lagneau, l'hypocondrie, la mélancolie, la manie, la démence et l'idiotisme peuvent être occasionnés par la vérole négligée (3).

Le même auteur dit un peu plus loin (4) que, parmi les circonstances qui favorisent l'hypocondrie, on doit noter l'état normal de quelques personnes méticuleuses, qui, ayant eu autrefois la syphilis, s'obstinent à se croire

(1) *Loc. cit.*
(2) *Des métamorphoses de la syphilis.*
(3) *Traité des maladies syphilitiques*, t. II, p. 335.
(4) A la page 335.

infectées. C'est là, en effet, une forme d'hypocondrie, fréquente chez les syphilitiques, et que M. Ricord désigne sous le nom de syphilophobie. Mais, ainsi que nous le dirons plus bas, cette mélancolie n'est pas déterminée par l'effet de la vérole constitutionnelle, puisque des malades, n'ayant présenté que des chancres non infectants, peuvent en être atteints.

Esquirol et Ferrus ont considéré l'aliénation mentale comme pouvant être produite ou entretenue par la syphilis; mais ni l'un ni l'autre ne nous ont donné des faits probants à l'appui de leurs assertions.

Flemning trouva à l'autopsie d'un dément paralytique, atteint antérieurement de syphilis, une exostose considérable de la base du crâne.

Simon dit avoir vu l'aliénation mentale se développer consécutivement à la syphilis (1).

Quelques-uns des malades méningitiques de M. Reeve offraient des désordres intellectuels.

Le jeune homme dont parle Vidal, et qui fut affecté d'accidents cérébraux, à la suite d'une syphilis constitutionnelle, a présenté aussi, pendant quelque temps, une faiblesse de la mémoire, dont les spécifiques ont fini par avoir raison.

M. Follin (2), dans son article sur la syphilis, article plein d'érudition et où règne une critique sévère, mais en même temps des plus judicieuses, nie la folie en tant qu'accident spécifique et n'accepte que les troubles intellectuels, liés aux lésions de la sensibilité ou du mouvement, et résultant d'une altération matérielle, d'une compression par exemple.

(1) Virchow, *Pathologie cellulaire*, trad. P. Picard. Paris, 1861.
(2) *Traité de pathologie externe*. Paris, 1861, tome Ier.

Nous avons déjà insisté sur les troubles intellectuels qui peuvent exister en même temps que cette forme de paralysie générale syphilitique, dont nous avons parlé dans un des précédents chapitres. Mais en outre, la syphilis semble pouvoir déterminer parfois des hallucinations, des accès de manie furieuse et d'hypocondrie. Il s'agit seulement de s'expliquer sur le mode de production de ces différents états. La présence de la vérole peut, en affectant vivement l'imagination, par la triste perspective des accidents graves, auxquels elle expose ses victimes, occasionner une lypémanie profonde. Dans ce cas, l'inquiétude morale paraît être la cause principale de l'altération intellectuelle, et la maladie peut éclater sans qu'il y ait généralisation du virus, c'est-à-dire viciation du sang, en d'autres termes sans qu'il y ait diathèse syphilitique. Les troubles intellectuels sont parfois uniquement provoqués par la crainte d'être infecté ou bien par le désespoir de voir dévoilé un secret qui compromet, pour toujours, les relations sociales les plus chères et les plus intimes.

Un de nos savants aliénistes, M. Baillarger, nous a raconté l'histoire curieuse d'un homme appartenant à une classe élevée de la société. Marié à une jeune femme, et père de deux enfants, il contracta, dans un moment d'écart, un chancre du prépuce ; le malade, ayant lui-même quelques connaissances médicales, se soigna avec du mercure, sans avoir recours à un médecin ; malgré le traitement, le chancre s'indura. X... était constamment en proie à une vive et juste inquiétude, entretenue par la crainte d'infecter sa famille ou de voir son secret découvert. Sous l'influence de cette agitation morale soutenue, il éclata chez lui un accès de lypé-

manie des plus violentes et dont la guérison ne fut obtenue que très-difficilement.

Ainsi la syphilis constitutionnelle détermine, chez les individus d'une grande mobilité nerveuse, un état de tristesse qui peut aller jusqu'aux dernières limites de la mélancolie. Mornes et silencieux, ces malades refusent toute espèce de distraction et vivent dans la plus grande solitude; constamment occupés de leur état présent et de leur avenir, ils s'examinent sans cesse, dans la crainte de nouvelles manifestations. Pour la moindre rougeur, ou le plus petit bouton, ils courent demander avis sur la gravité de ce nouveau symptôme; et telle est parfois leur exaltation que si leur médecin cherche à les rassurer, ils vont jusqu'à douter de sa sincérité ou de l'exactitude de son diagnostic. C'est alors que la perversion de leur esprit les livre à mains et pieds liés à l'exploitation des charlatans. Souvent ils cherchent des conseils et une règle de conduite dans quelques livres que certains médecins consacrent aux gens du monde; grâce à ces lectures, ils finissent par découvrir, chez eux, chacun des symptômes dépeints dans ces funestes écrits. Malheur à eux surtout s'ils apprennent que les manifestations syphilitiques sont sujettes à récidive et que certains médecins, placés à la tête de la science, considèrent la syphilis comme incurable. La lypémanie peut se déclarer dans ces conditions, et une fois l'intelligence de ces malades profondément ébranlée, il n'est pas rare que cette perversion s'écarte de son sujet primitif et qu'ils divaguent sur d'autres questions que la vérole. Cependant dans ces circonstances même, et lorsque la diathèse syphilitique existe, un traitement spécifique, en dissipant les signes apparents de la vérole, contribue à

[redacted]

calmer leur esprit et à redresser leur intelligence.

Voilà donc une forme de perturbation intellectuelle, occasionnée par la syphilis. Néanmoins, on serait dans l'erreur, si on la considérait comme une forme d'aliénation mentale syphilitique. Ce n'est pas la syphilis constitutionnelle, la diathèse syphilitique, qui, par une action directe sur le système nerveux, en pervertit les fonctions. C'est la frayeur de se voir condamné à souffrir d'une maladie dont on s'exagère souvent les conséquences, c'est la crainte d'être stigmatisé ou de transmettre l'affection aux membres de sa famille, qui ébranle l'esprit et trouble l'intelligence. En d'autres termes ce n'est pas la maladie, c'est l'impulsion, c'est l'inquiétude morale qui est la cause de tous ces désordres de l'intelligence, puisqu'ils peuvent exister à la suite d'un chancre volant ou d'une simple chaudepisse. Aussi on observe les mêmes divagations chez des gens non vérolés, mais qui sont néanmoins intimement convaincus de leur infection, bien qu'ils n'en aient jamais présenté aucun symptôme. On sait enfin qu'on ne parvient à guérir ces malades d'esprit, ces syphilophobes qu'en leur ordonnant du mercure qu'ils réclament avec instance.

Nous ne pouvons terminer cet article sans parler d'un travail nouveau qui a paru dans ces derniers temps, et depuis que notre ouvrage a été déposé à l'Académie impériale de médecine.

M. le docteur Hildenbrand (1) a soutenu, devant la Faculté de Strasbourg, une thèse fort intéressante dont nous tâcherons de rendre compte ici sommairement.

Selon cet auteur, la syphilis peut produire l'aliénation mentale de trois manières : 1° en viciant le sang

(1) *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale*, 1859.

et en produisant la chlorose syphilitique ; 2° en portant son action sur les os du crâne et les méninges ; 3° en déterminant des altérations directes du cerveau. Il s'ensuit que, pour ce médecin, la folie est toujours liée à l'existence de lésions matérielles.

A propos de la première catégorie, il se livre à des remarques très-justes et très-intéressantes ; mais la clinique, ce juge sévère de toutes les théories, ne lui prête point son appui ; nous ne trouvons, ni dans sa thèse ni ailleurs, un seul exemple d'aliénation mentale syphilitique dans lequel il soit prouvé que la vérole ait déterminé la perturbation intellectuelle en appauvrissant le sang. Nous devons donc, jusqu'à nouvel ordre, ne pas admettre ce mode d'action de la syphilis sur l'encéphale. Hypothèse pour hypothèse, je préférerais encore supposer que la syphilis, qui peut déterminer des paralysies sans lésion matérielle, peut avoir la faculté de produire de la même façon des troubles psychiques, dont le caractère habituel est de manquer de lésions matérielles appréciables. Reste donc l'aliénation mentale déterminée par les lésions syphilitiques du cerveau ou de ses enveloppes. Examinons les divers faits insérés dans cette thèse, et voyons s'ils sont en effet de nature à démontrer, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, l'existence de l'aliénation mentale syphilitique.

Essmarch et Jessen (1) auraient établi, selon M. Hildenbrand, par des considérations statistiques que la démence paralytique reconnaît pour cause, dans la majorité des cas, la syphilis constitutionnelle. Nous ne connaissons pas le travail de ces auteurs. Nous devons cependant faire remarquer que la paralysie générale est

(1) *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1857.

[redacted]

très-commune, qu'elle est très-fréquente à la Salpêtrière quoiqu'on ait prétendu le contraire. Mais jamais, que nous le sachions, nos aliénistes ne lui ont reconnu une telle origine. Serait-on porté à accuser la vérole parce que la folie paralytique est commune chez les filles publiques, ou bien chez ceux qui partagent leur vie d'orgie et de débauche? Mais ne savons-nous pas que, dans ces cas, plusieurs autres causes en dehors de la syphilis, parmi lesquelles les excès vénériens et les alcooliques, agissent sur le système nerveux et amènent la dégradation intellectuelle et physique?

M. Dajonel admettrait la syphilis comme cause incontestable des troubles intellectuels les plus variés; elle déterminerait des ulcérations superficielles, des ramollissements partiels, des abcès, des tumeurs, peut-être aussi donnerait-elle naissance à une dégénérescence particulière de cet organe; il y a certainement plus d'une hypothèse gratuite dans ce court exposé! Qui est-ce qui a constaté les ulcérations syphilitiques du cerveau?

Passons maintenant aux observations insérées dans la thèse, et qui viendraient à l'appui des diverses assertions énoncées dans la première partie du travail.

L'observation I, appartenant à Essmarch et Jessen, n'est rien moins que concluante. Il s'agit d'un maniaque qui guérit par le mercure. On se base, pour diagnostiquer la vérole, première cause de l'affection mentale, sur ce que ce malade, à la suite d'une chute, eut, à la face antérieure de la jambe gauche, une inflammation phlegmoneuse, qui suppura et laissa un ulcère, qui aurait eu les caractères des ulcères syphilitiques; ses bords étaient indurés, taillés à pic; il avait un fond sale; il était entouré d'une auréole à teinte cuivrée. Quel est le syphilologue qui, à ces caractères seuls, diagnostiquera

la syphilis? Est-ce que la plupart des ulcères atoniques des membres inférieurs ne présentent pas ces mêmes caractères? Ce n'est certainement pas le *zona* de la région hépatique, qui justifierait le diagnostic de ces auteurs. Or si ce malade guérit de sa manie et de son ulcère, pendant qu'il prenait du mercure, cela ne prouve qu'une seule chose : que le mercure ne s'oppose pas à la guérison de l'aliénation mentale, ni à la cicatrisation des ulcères; mais rien de plus.

La seconde observation est intitulée : *Accidents secondaires et tertiaires; délire général avec prédominance d'idées de persécutions et d'idées ambitieuses; accidents de paralysie.*

Il s'agit d'un homme de 36 ans, qui avait déjà présenté des préludes de folie en 1846. Il avait publié une brochure d'un style mystique, où brillaient de nombreuses citations de l'*Apocalypse*. X... ne se rappelle pas à quelle *époque* il fut infecté par la syphilis. Il eut néanmoins des syphilides, des ulcères à la gorge, et un engorgement des testicules. Ces accidents disparurent par la méthode Zittmann et Zondi ; mais bientôt après, survinrent une rhinite, des lésions du périoste du nez, et une nécrose des alvéoles, avec chute des canines. — Protoiodure de mercure. En 1853, il consulte M. Ricord, qui le soumet à l'iodure de potassium. Les manifestations syphilitiques disparurent; mais la perversion de l'intelligence resta la même. A Paris, X... avait écrit des brochures, et il attendait les réformes sociales et les honneurs qu'elles ne pouvaient manquer de procurer à leur auteur. Il en envoya quelques exemplaires à un haut fonctionnaire. Profitant du crédit qu'elles lui donnèrent auprès de lui, il s'éprit d'amour pour sa fille, qu'il avait vue quelquefois, meubla même, en vue de son mariage prochain, un appartement magnifique, qu'il illuminait splendidement le soir. En février 1854, on vit éclater le délire le plus incroyable; X... croyait reconnaître, dans ceux qui l'entouraient, lord Palmerston, lady Palmerston, etc. Il fit graver sur des cartes son nom et celui de la femme qu'il s'était fiancée et qu'il

croyait déjà sa femme. Plus tard, il entra à Hornheim, manquant de suite dans les idées, avec des sentiments de vanité, des idées de persécution, etc. Paralysie du nerf moteur oculaire commun gauche. 100 grammes d'iodure de potassium en trois mois. Le strabisme persista ; il survint une somnolence et un état de prostration. L'ouïe se perdit, le cristallin devint opaque ; vertiges, et, plus tard, strabisme divergent de l'œil droit, avec dilatation de la pupille ; enfin, vomissements, diarrhée et mort. A l'autopsie, la dure-mère est congestionnée et présente, à la surface antérieure du rocher, un épaississement jaune rougeâtre, et une infiltration dans une étendue de la grandeur d'une lentille (de quelle nature ?) ; arachnoïde épaisse ; le nerf oculo-moteur droit a une épaisseur triple ; il est noueux, rouge, et transformé en une masse lardacée assez dure. Le gauche a subi une transformation analogue ; le trijumeau gauche est également hypertrophié, le moteur externe droit a légèrement augmenté de volume. Entre le facial et l'acoustique gauche, épanchement sanguin ; l'acoustique, d'un jaune pâle, paraît notablement épaissi. L'artère cérébrale gauche, profonde, renferme un bouchon fibrineux, jaune, qui la remplit et adhère à ses parois. *A tergo*, l'artère est réduite à un filament. La partie correspondante de la pulpe cérébrale est le siége d'un ancien foyer de ramollissement. Dans le foie et aux testicules, petits dépôts jaunâtres ou grisâtres. Au microscope, les nerfs moteurs communs sont trouvés remplis d'une matière finement granuleuse, homogène, dans laquelle se trouvent disséminées des cellules graisseuses. Le plus grand nombre des tubes nerveux présentaient une dégénérescence graisseuse, c'est-à-dire qu'on les trouvait remplis de gouttelettes de graisse, sous forme de molécules très-fines. Le professeur Weber, qui a fait la nécropsie, ajoute qu'il n'est pas douteux qu'une syphilis constitutionnelle ait été la cause du mal.

Réflexions. — Il est certain que ce malade était vérolé, mais il n'est pas aussi incontestable qu'il était aliéné de par la syphilis. En effet, il avait déjà offert des signes d'aliénation antérieure à l'époque à laquelle on a constaté les accidents syphilitiques, la présence de la vé-

role n'a pas provoqué une aggravation ou une modification quelconque de la folie de cet homme. Lorsque plus tard l'aberration intellectuelle a coexisté avec des manifestations syphilitiques secondaires et tertiaires, celles-ci ont disparu par l'emploi des spécifiques, tandis que les troubles psychiques persistèrent, sans en être nullement influencés. On conçoit donc, à la rigueur, qu'un aliéné ait contracté la syphilis et que les deux maladies coïncidant, chez le même individu, aient eu une existence indépendante l'une de l'autre. Cependant les lésions cérébrales, notamment l'état des nerfs moteurs communs, met hors de contestation la présence d'une syphilis cérébrale. Il reste à prouver que c'est cette dernière qui a déterminé la folie. Il n'est point établi que cet homme n'était pas déjà fou avant d'être vérolé, au contraire tout porte à le penser.

On voit, par l'exposé qui précède, que tout au plus on peut soupçonner la syphilis d'avoir produit l'aliénation mentale ; mais de ce soupçon jusqu'à admettre le fait comme démontré, il y a loin. Or c'est là la seule observation complète, et relativement probante, qui existe dans la thèse de M. Hildenbrand. Ainsi nous ne sommes point convaincu que le sujet de l'observation III fut syphilitique. En effet, il eut bien un chancre, plusieurs années avant de perdre la raison, mais jamais l'existence de la diathèse syphilitique n'a été nettement établie. Le gonflement du genou et l'apparition de quelques vésicules sur quelques parties de la peau, seuls accidents dont on fasse très-brièvement mention, n'ont pour nous ni le cachet, ni la valeur qu'on a bien voulu leur prêter. Or, cette observation doit être considérée comme nulle. C'est que, dans le problème dont l'auteur de la thèse a cherché la solution en se livrant à des

efforts très-louables, problème identique à celui qui nous fut posé par l'Académie, il y a deux points qu'il importe d'élucider le plus nettement possible, avant de s'emparer des faits. Il faut d'abord établir que la syphilis constitutionnelle existe d'une manière non douteuse, chez les malades qu'on étudie; en second lieu, que c'est bien elle qui a déterminé les désordres de l'intelligence; ce qui ne peut pas être toujours suffisamment prouvé. Mais, tout au moins sera-t-il possible de présenter les probabilités qui militent en faveur de la nature syphilitique de l'aliénation mentale et de ne pas oublier que deux maladies peuvent coexister sur le même sujet, sans que l'une soit forcément la conséquence de l'autre. Les arguments qu'on pourra faire valoir en faveur de l'origine syphilitique de l'aliénation mentale doivent être puisés à plusieurs sources ; il faut établir que l'aliénation mentale n'a débuté qu'après l'institution de la diathèse, qu'elle a coïncidé avec une explosion d'accidents syphilitiques, et finalement il faut chercher des éléments de probabilité dans les résultats obtenus par la médication spécifique. Or, ces données n'ont pas été recherchées par l'auteur de la thèse.

Sans aller plus loin, nous demanderons la permission de citer l'observation IV, ne serait-ce que pour nous justifier de notre incrédulité, qu'on aurait tort, il nous semble, de qualifier de scepticisme. Cette observation n'a pas plus de douze lignes d'étendue. Il est dit très-laconiquement que la diathèse syphilitique existe ; mais on passe sous silence les preuves sur lesquelles on s'est fondé pour l'admettre. Cependant, on est bien en droit de demander ces preuves, puisque l'auteur voit de la syphilis un peu partout. Le malade a eu un lupus rongeant syphilitique qui dévorait la face, avec éro-

tomanie. Mais à quel signe a-t-on pu savoir qu'il ne s'agissait pas du lupus vulgaire, mais du lupus rongeant syphilitique ? Les spécifiques n'arrêtent point la marche destructive de la maladie. Plus tard la femme succombe à une pneumonie. A l'autopsie, on ne trouve pour toute lésion qu'on puisse attribuer à la syphilis que ce qui suit : le tissu osseux du crâne est épaissi, induré, éburné. Pour nous il n'y a dans cette observation aucun symptôme, aucune lésion qui autorise à reconnaître l'existence de la syphilis.

Il est inutile de prolonger cette critique. Les observations qui suivent celles que nous avons analysées, ne sont ni plus complètes ni plus concluantes ; il n'y en a pas une seule qui puisse servir pour prouver que la syphilis détermine réellement l'aliénation mentale. Nous savons que les faits que nous produisons nous-même n'ont pas une valeur absolue, mais au moins avons-nous recherché, autant qu'il était en notre pouvoir, l'influence de la syphilis sur l'intelligence pervertie des gens évidemment vérolés.

OBSERVATION LXXXVII. — *Syphilis constitutionnelle, datant de 1848. — Manifestations nombreuses ; traitements incomplets. — En 1856, accidents cérébraux, sous forme d'accès comateux et épileptiques ; pas de traitement ; plus tard, cachexie syphilitique. — Hallucinations et accès maniaques, coïncidant avec des exostoses.*

G..., âgé de 37 ans, garçon de laboratoire, entre à la Charité, salle Saint-Louis, n° 1, service de M. Beau, le 27 décembre 1858. Il n'y a, dans les antécédents héréditaires de ce malade, rien qui puisse se rapporter à l'aliénation mentale, ou à une affection nerveuse quelconque. Lui-même, homme intelligent et laborieux, n'a jamais commis d'excès. En 1848, il eut un chancre qui présenta une induration du volume d'une noi-

sette. Il entra à l'hôpital du Midi chez M. Puche, qui prescrivit un traitement mercuriel. G... ne voulut y rester que pendant vingt et un jours. A sa sortie, il conservait encore un noyau d'induration assez considérable. Il interrompit néanmoins son traitement antisyphilitique, malgré les recommandations qui lui ont été faites. En 1850, il contracta une uréthrite, dont nous ignorons le traitement.

Jusqu'en 1856, le malade n'éprouva aucun accident syphilitique. A cette époque, il eut des maux de tête et un fort mal de gorge, qui datait déjà de six semaines, lorsqu'il alla consulter un médecin qui y reconnut des accidents syphilitiques, et lui ordonna des pilules de proto-iodure de mercure, de 5 centigrammes chacune; G... n'en prit en tout que 30. Il se gargarisait en même temps avec un liquide contenant de la liqueur de Van Swieten; ce traitement dissipa rapidement tous les accidents éprouvés par le malade; aussi l'interrompit-il fort prématurément. Peu de temps après, il commença à éprouver une céphalalgie frontale de plus en plus intense, revenant tous les jours, et durant une grande partie de la nuit. Il lui arrivait aussi d'être un peu étourdi et d'avoir la tête excessivement lourde. Son appétit était nul, et ses digestions fort pénibles. Il alla de nouveau consulter un médecin qui lui prescrivit un traitement antisyphilitique, conseil que le malade ne mit pas à exécution. Cependant les symptômes mentionnés continuaient à s'aggraver de plus en plus, lorsque, vers le mois de novembre 1856, un nouveau phénomène vint effrayer G... Il tomba à plusieurs reprises dans un coma profond, dont il ne sortait qu'après un laps de temps variable, et qui s'est quelquefois prolongé au delà d'une heure. Quelque temps après, il eut des accès épileptiques. Séparés d'abord par de longs intervalles, ces accès sont devenus de plus en plus fréquents; ils ont été jusqu'à se répéter tous les jours, et même deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Une céphalalgie très-intense en annonçait l'approche; peu après, il se manifestait des troubles de la vue; une lueur éblouissante lui passait devant les yeux; G... perdait à l'instant même connaissance et s'affaissait sur lui-même; ses yeux étaient alors agités par des convulsions; son tronc se roidissait ainsi que ses membres, qui étaient dans l'extension forcée; il ne se mordait pas la langue,

il n'écumait pas. La durée de ces accès était de trois à quatre minutes; puis G... revenait à lui-même, présentant quelques légers troubles du côté des facultés intellectuelles. Les maux de tête reparaissaient aussi, mais bien plus faibles qu'ils ne l'étaient immédiatement avant la perte de connaissance. Cette céphalalgie siégeait toujours à la région frontale. Bien des fois G... était surpris par ces accès au milieu d'une course, dans la nuit; malgré tous ces accidents, il continuait, tant bien que mal, son travail, sans demander aucun conseil médical, sans se soumettre à aucun traitement; cependant ces accès devenaient de plus en plus fréquents et exposaient sa vie à des dangers réels. C'est ainsi qu'en juillet 1858, surpris par un de ces accès pendant qu'il était monté sur une chaise, il tomba et faillit se tuer. C'est à cette occasion que ses amis parvinrent à lui faire comprendre la gravité de sa position, et le décidèrent enfin à se soumettre à un traitement régulier. A cette époque, il était pâle, faible, amaigri; il éprouvait des céphalées nocturnes excessivement violentes et des douleurs ostéocopes dans les tibias; il ne présentait d'ailleurs aucune éruption cutanée, aucune autre manifestation diathésique. Des pilules mercurielles et des pilules ferrugineuses lui furent prescrites par un confrère. Les effets de cette médication ont été tellement heureux et rapides, que quarante jours de traitement ont suffi pour dissiper entièrement les céphalées, et pour empêcher le retour des accès. Le malade, négligent de sa nature, et ayant éprouvé une amélioration qui simulait une guérison radicale, se laissa tromper par cette amélioration, et suspendit son traitement. Pendant les six semaines qui ont suivi, G... ne ressentit aucun symptôme et se crut définitivement rétabli; mais, en octobre 1858, son état général redevint grave. Le malade pâlit considérablement, ses jambes s'affaiblirent, son appétit disparut; il eut de la diarrhée. Des palpitations et des étouffements survenaient à la suite du moindre effort; les céphalées frontales sont revenues avec une intensité croissante.

En novembre, ses accès ont reparu avec leur première violence; c'est ce qui occasionna son renvoi de la pharmacie où il était employé. L'un des derniers jours du mois, il fut trouvé sans connaissance à la Halle; on le transporta chez lui; l'accès s'est dissipé, sans laisser aucun accident consécutif.

Le 20 décembre, à dix heures du soir, il était à causer chez son concierge, lorsque tout à coup il perdit complétement connaissance. Il était plongé dans un sommeil profond, espèce de coma, dont rien ne pouvait le tirer. Il était pâle; sa physionomie exprimait l'abattement; ses yeux étaient fermés, ses membres en résolution; il n'avait pas de convulsions, pas de roideur, pas d'écume à la bouche. On essaya, mais en vain, de le faire revenir à lui. Les assistants crurent à un coup de sang, puis à un état d'ivresse, et avec d'autant plus de vraisemblance, que G... vomit un peu au début de cet accès. Cependant il est certain qu'il n'avait pas bu; les matières rejetées ne dégageaient pas l'odeur des boissons alcooliques. Pendant toute la durée de cet accès, un mucus très-abondant coulait par les narines. Le malade, ayant repris connaissance, reconnut les assistants, se plaignit beaucoup de la tête, et pria qu'on le montât chez lui. Dans la journée, il s'était déjà plaint d'une céphalalgie extrêmement violente. Le lendemain, il se sentit assez bien pour faire une promenade. De retour chez lui, vers les neuf heures du matin, à peine était-il assis qu'il perdit connaissance. Il s'étala sur le sol; ses yeux étaient hagards : il était pâle, sans écume à la bouche; les membres, ainsi que les muscles de la face, étaient de temps en temps agités par de légers spasmes; il ne reconnaissait pas ceux qui l'entouraient. Cet état dura pendant un quart d'heure environ; puis G... commença à prononcer des paroles incohérentes comme celles d'un homme ivre : il donnait le nom de messieurs à ses camarades; il ne comprenait pas ce qu'on lui disait; il jetait des regards de surprise sur tout le monde; peu après, il fut pris d'un délire furieux; il s'est mis à crier, à vociférer tout à fait comme un homme fou; il voulait se déshabiller et se livrait à une foule d'actes extravagants; enfin, contrarié qu'on ne le laissât pas faire ce qu'il désirait, il s'irrita et développa une telle force musculaire, qu'il a fallu que quatre hommes le tinssent pour l'empêcher de casser les meubles et de frapper les assistants. C'est alors qu'on le transporta à la Charité. Les membres étaient dans un tel état de roideur qu'on ne pouvait les fléchir. Pendant les quatre premiers jours de son admission, on fut obligé de lui mettre la camisole de force. En l'absence de tout renseignement sur les accidents présentés par le

malade, on soupçonna l'invasion d'une méningite aiguë. Son état d'agitation extrême ne permettait aucune exploration.

3 janvier. — Il est calme, doux, se rend compte de son état, sans se souvenir aucunement de tout ce qui s'est passé; il répond parfaitement aux questions, donne tous les renseignements nécessaires sur ses antécédents; il est maigre, d'une coloration jaune terreuse et cachectique; il est légèrement bouffi par tout le corps; la peau est tendue et luisante; pas de bruit de souffle au cœur, ni aux vaisseaux; mais les battements cardiaques sont faibles; pouls à 70. Les muqueuses sont décolorées, les yeux ternes. Il nous fournit avec assez de clarté une partie des renseignements qui précèdent; néanmoins son intelligence est lourde et paresseuse; sa mémoire affaiblie le sert par moments avec infidélité; aussi est-il obligé parfois de chercher dans ses souvenirs et fait-il des efforts pour répondre aux questions que nous lui adressons. Il s'écarte facilement du sujet de la conversation, vers lequel il faut toujours le ramener. S'il essaie de lire, sa vue se trouble et sa tête se fatigue rapidement; de plus il lui arrive fréquemment de ne pouvoir se rendre compte de ce qu'il a lu; les pupilles sont dilatées; le cuir chevelu est peu garni de cheveux; il n'a de poils ni aux aisselles, ni sur le tronc, ni au pudendum. L'un des testicules est atrophié, flasque, indolore à la pression; l'autre est petit, mais ferme, résistant et conservant, à la pression, la sensibilité normale. Les jambes sont un peu œdématiées à leur partie inférieure. La face interne du tibia droit offre plusieurs inégalités très-sensibles au doigt, notamment deux. La pression y est très-douloureuse, le malade nous dit y souffrir spontanément, à partir de onze heures du soir, jusque vers le matin.

La clavicule gauche présente, au voisinage de son extrémité interne, une exostose du volume d'une pomme d'api, facile à reconnaître et s'appuyant sur la première côte : la pression y détermine une douleur très-vive; rien de semblable n'existe du côté opposé. Névralgie du neuvième espace intercostal; points présternal et prévertébral; douleurs spontanées superficielles. Rien à la gorge; pas d'adénites. Les deux mains ont conservé toute leur force musculaire. La marche est normale, mais en général les mouvements sont lourds et maladroits. Toutes les nuits, il éprouve des maux de tête terribles; in-

somnie constante. Appétit faible, digestions lentes et pénibles; G... a souvent la diarrhée. Il s'inquiète beaucoup de son état actuel et de son avenir. Après un examen consciencieux, M. Beau, tenant compte des antécédents et de l'état actuel du malade, admet l'existence de la diathèse syphilitique, à laquelle il attribue les troubles intellectuels, et ordonne 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

8 janvier. — A sept heures du soir, le malade éprouve des hallucinations; il prend le garçon de salle pour son bourreau qui veut lui couper la tête, il voit le couteau qu'il tient à la main, etc.; il vocifère, il appelle au secours, il veut se sauver et frapper ses voisins; on lui met la camisole de force. Après trente-six heures d'agitation, il se calme de nouveau, devient raisonnable sans conserver aucun souvenir de ce qui s'est passé; mais son caractère est toujours soupçonneux; il prend un autre lit pour le sien, se promène à droite et à gauche dans la salle sans but, ni pensée, sans savoir ni où il veut aller, ni ce qu'il se propose de faire.

15 janvier. — Nouvel accès de délire, survenant également le soir, avec les mêmes idées prédominantes; agitations, vociférations, etc.; cet accès se prolonge pendant vingt-quatre heures; puis le malade redevient calme; mais il reste toujours de plus en plus bizarre; il prend du noir de fumée et s'en barbouille la figure, ne se rend pas compte des lieux où il se trouve, verse la soupe dans son lit, etc.; toutes les nuits il souffre violemment de la tête, l'exostose claviculaire est dans le même état. Iodure de potassium, 2 grammes par jour.

18 janvier. — On expédie le malade à Bicêtre.

En résumé, nous voyons un malade qui, ayant contracté un chancre qui s'indura, ne subit qu'un traitement hydrargyrique de vingt jours. Cinq années se passent sans manifestations syphilitiques, du moins sans accidents qui aient fixé l'attention du malade, négligent et peu observateur d'ailleurs. En 1856, il survient des céphalées et des accidents à la gorge, que 50 pilules mercurielles dissipent rapidement; le traitement, ayant été suspendu, le malade eut une rechute; peu de temps après, céphalées, étourdissements, pertes de connaissance de plus en plus fréquentes. Un nouveau traitement de quarante jours fait tout disparaître; six semaines après une nouvelle interruption

de traitement, il se manifeste des troubles digestifs, et bientôt de nouveaux phénomènes viennent aggraver l'état du malade. Après un redoublement des violentes douleurs qu'il éprouvait à la tête, il commence à tomber sans connaissance, plongé dans un coma profond; ces accidents étaient précédés d'une sorte d'aura visuel, si l'on peut donner ce nom aux troubles singuliers que présentait l'organe de la vision. D'abord éloignés, ces accès deviennent de plus en plus rapprochés; leur durée augmente en même temps que leur intensité; enfin, quelque temps après, il en survient un, beaucoup plus violent et différent de tous les précédents : le malade éprouve, pour la première fois, des convulsions très-violentes; des troubles intellectuels (hébétude, incohérence des idées, délire maniaque pendant quatre jours, etc.). A partir de ce jour, l'intelligence et la mémoire se sont progressivement affaiblies, et des accès de manie intermittente, avec danger pour les assistants, ont reparu à des intervalles fort rapprochés. Au moment de son admission à la Charité, le malade présentait tous les symptômes d'une cachexie syphilitique très-avancée, en même temps que des exostoses multiples sur divers points du squelette. Chaque accès de manie était précédé par des hallucinations de la vue. L'état du malade s'étant aggravé de plus en plus, il devint urgent de le transférer à Bicêtre.

Réflexions. — Cette observation remarquable nous paraît digne d'intérêt à plusieurs titres. Un traitement mercuriel de vingt jours paraît avoir pu empêcher, pendant cinq ans, la manifestation des symptômes de la syphilis. Lorsque, après ce long espace de temps, les accidents diathésiques ont fait explosion, une médication de quelques jours a suffi de nouveau pour les faire disparaître. Une seconde rechute, plus grave que la première et caractérisée par des symptômes cérébraux, a rapidement cédé, encore une fois, à l'action du mercure. Il serait difficile de mieux faire ressortir les avantages d'une thérapeutique rationnelle contre les accidents syphilitiques.

L'insouciance prolongée et inqualifiable du malade, qui n'a jamais voulu se soumettre à un traitement régulier, finit par lui devenir funeste; et chose remarquable, ce n'est qu'après l'affaiblissement de la santé générale, et plus particulièrement, après le dérangement des fonctions digestives, que des troubles cérébraux, si graves, se sont manifestés pour la première fois.

Chez ce malade, les phénomènes nerveux ont toujours revêtu la forme intermittente, à part la dégradation progressive de l'intelligence et la faiblesse de la mémoire, que les accès répétés, pendant plus de deux ans, ont fini par amener. Nous voyons en effet qu'il commence d'abord par éprouver des pertes de connaissance de plus en plus fréquentes et d'une durée de plus en plus prolongée ; puis, il survient une série d'accès épileptiformes et enfin une violente attaque convulsive, suivie d'un accès de manie. Le délire dure pendant quatre jours et se répète d'une manière tout à fait intermittente tous les deux ou trois jours. Ces accès maniaques sont toujours annoncés par des hallucinations de la vue et rendent le malade dangereux pour les assistants.

Ces accidents cérébraux ont toujours été précédés et accompagnés, chez ce malade, d'autres manifestations de la vérole, notamment de douleurs ostéocopes et de céphalées nocturnes très-intenses. Ils cèdent en même temps que celles-ci, à un traitement spécifique de quelques jours ; mais la médication suspendue, les accès reviennent, conjointement avec d'autres symptômes de la syphilis constitutionnelle. Cette succession de phénomènes syphilitiques, de plus en plus graves et reculant chaque fois devant les spécifiques, permet de conclure qu'en dernier lieu les accès épileptiques étaient l'expression de la diathèse syphilitique, arrivée à son summum

d'intensité. Finalement, après une rechute plus grave que les précédentes, les accès épileptiformes se transforment en accès maniaques. Voilà donc un bel exemple de perturbation intellectuelle, de manie périodique ou intermittente, déterminée par la syphilis. En méditant la filiation de tous les phénomènes morbides qu'a présentés le malade, on peut soupçonner chez lui l'existence d'une tumeur de l'encéphale, peut-être d'une exostose pareille à celle de la clavicule (?).

Observation LXXXVIII. — *Chancre induré, en février* 1857. — *Pas de mercure. — Sept mois après, accidents secondaires qui se dissipent spontanément. — Céphalalgie violente, en avril* 1858, *dissipée pendant un traitement homœopathique. — En* 1859, *céphalées très-intenses. — Aliénation mentale. — Traitement mixte, guérison. — Plus tard, retour des céphalées et hémiplégie droite, iodure de potassium, guérison presque complète, après deux mois de traitement.*

X..., âgé de 31 ans, natif de Cuba, qu'il habita jusqu'à l'âge de 11 ans. Sa mère est très-nerveuse et sujette à des migraines cruelles. Son père, bien portant, n'a jamais eu de maladie sérieuse. Aucun des cinq enfants, issus de leur mariage, n'a présenté d'accidents nerveux, pas même de convulsions lorsqu'ils étaient en bas âge. X... n'a jamais eu aucune affection nerveuse. Mais il *délirait* très-facilement, aussitôt qu'il avait un mouvement fébrile, tant soit peu léger. Cette tendance à divaguer, à propos de la plus petite fièvre, a persisté jusqu'à l'âge adulte. Ainsi lorsque le malade a une petite indisposition éphémère, qui ne constitue pas, à proprement parler, une maladie, il est très-agité dans son lit, tient des propos incohérents, en même temps qu'il a des hallucinations de la vue. Parfois même, il est tourmenté par des mouvements convulsifs. Il eut à Saint-Domingue ce qu'il appelle les fièvres du pays. Il les contracta habitant sur la rivière même, car X... était alors marin. Il paraît qu'il y avait un tel état hygrométrique de l'atmosphère, que le pont du bateau était, tous les matins, rempli d'eau. Ces fièvres, dont la nature

nous est inconnue, mais qui paraissent avoir été des fièvres intermittentes, avaient une durée de quarante-huit heures. Elles débutaient par un frisson très-intense; puis survenait une chaleur très-vive, avec accélération du pouls, et un abattement très-prononcé, suivi de délire. L'apyrexie était de vingt-quatre heures. Malgré l'intensité et la ténacité de ces fièvres, il paraît qu'elles ne sont pas mortelles; seulement elles débilitent profondément l'organisme et favorisent le développement de la fièvre jaune. X... conserva cette fièvre pendant deux mois et demi, sans se soumettre à aucune médication. Plus tard, il vit ces accès diminuer de durée et de fréquence; ils ont disparu spontanément, par le changement de climat. En mai 1851, il arriva au Havre. Il se mit dans le commerce; son occupation consistait en travail de bureau. Il jouit d'une excellente santé jusqu'en 1857. Au mois de février de cette année, il contracta un chancre; c'était un petit bouton, de la grandeur d'un grain de chènevis, situé à la face supérieure du gland. La cicatrisation eut lieu spontanément, après huit jours de durée; mais elle laissa sur place une induration persistante et du volume d'une lentille. Un ganglion lymphatique s'engorgea rapidement, dans l'aine gauche; mais il ne suppura pas. Bien que X... ne fit aucun traitement mercuriel, plusieurs mois se sont passés sans qu'il présentât aucun symptôme de la syphilis confirmée; ainsi il n'eut ni éruption, ni douleurs. Vers le mois de mai, il perdit la presque totalité de ses cheveux. En août, il eut des plaques muqueuses gutturales, une éruption du cuir chevelu et une adénopathie cervicale très-manifeste. Il maigrit aussi considérablement; il ne fut soumis à aucun traitement spécifique. Les accidents dont nous avons parlé furent méconnus, quant à leur nature; bientôt après, ils se sont dissipés spontanément, excepté la maigreur qui augmentait de plus en plus, bien que X... conservât toujours son appétit. Quelque temps après, il survint une insomnie invincible, et cependant aucune douleur n'empêchait le sommeil. Quoiqu'il mangeât bien, ses forces continuaient toujours à diminuer. Enfin au mois de novembre, il éprouvait de fréquents étourdissements, aussitôt qu'il se livrait à un travail de tête, tant soit peu soutenu.

En avril 1858, il commença à sentir des douleurs de tête

très-violentes ; elles étaient continues, siégeaient à la région temporale gauche, et consistaient en une espèce de serrement, comme si l'on étreignait sa tête dans un étau; cette douleur, quoique continue, redoublait d'intensité lorsque le malade se couchait. Il ne l'éprouvait presque pas lorsqu'il se trouvait dans un milieu froid. X... souffrait beaucoup moins, s'il était couché sur le côté droit que sur le côté gauche. Ainsi ces douleurs, tout en continuant à tourmenter X... pendant le jour, atteignaient surtout leur summum d'intensité la nuit; le malade, pour alléger ses souffrances, arrosait souvent sa tête avec de l'eau froide. Il n'avait aucune douleur sur le reste du corps. L'intelligence était nette, à cette époque; mais il y avait impossibilité à se livrer à un travail intellectuel. X... se décide enfin à demander conseil, pour son état, et s'adresse à un homœopathe qui le soigne jusqu'en août 1858. Sous l'influence de je ne sais quel traitement, peut-être aussi, ce qui est plus probable, indépendamment de toute action médicatrice, la douleur de tête disparut. Mais l'insomnie persista avec toute son opiniâtreté. Peu de temps après, des ulcérations assez nombreuses ont paru à la face inférieure de la verge. Elles ont disparu sans l'intervention d'aucun traitement, et après une durée de vingt jours environ. X... paraissait débarrassé de tout accident, lorsqu'en novembre (1858) les douleurs de tête sont revenues. Elles étaient encore limitées à la tempe gauche. C'est alors que pour la première fois il réclama des soins médicaux. A cet effet il s'adressa à M. Gauthier, interne provisoire des hôpitaux de Paris, qui diagnostiqua la syphilis et prescrivit un traitement mixte : 2 grammes d'iodure de potassium par jour, et pilules mercurielles, dont la composition nous est inconnue. Cette médication ne fut suivie que pendant cinq semaines environ; consécutivement les douleurs de tête avaient considérablement diminué; mais l'amélioration fut de courte durée.

En février 1859, les céphalées augmentèrent de nouveau d'intensité. Les plus atroces siégeaient à la tempe droite; à Pâques, cette douleur devint tout d'un coup si forte dans la nuit, que le malade en perdit la tête. Il eut un accès de fureur, et dans un moment de désespoir il s'appliqua un pistolet chargé sur l'œil droit pour se faire sauter la cervelle. Heureu-

sement que, surveillé par ses parents, il fut arrêté à temps. Depuis cette époque, toutes les fois que sa céphalée était très-intense, il perdait la raison et divaguait entièrement; mais aussitôt que la douleur diminuait de violence, la raison revenait, dans toute son intégrité. La famille de X... le plaça dans une maison d'aliénés, où il passa deux mois. Une nuit, pendant son séjour dans cet établissement, étant en proie à ces cruelles céphalées, X... se précipita sur son gardien qu'il a failli tuer. Bien que X... eût obtenu de si bons résultats du traitement spécifique, prescrit par M. Gauthier, malgré les antécédents éloquemment syphilitiques du malade, malgré cette succession régulière, jusqu'à un certain point, des diverses manifestations de la syphilis, témoignant en quelque sorte de sa présence, on n'eut pas la pensée de revenir aux mercuriaux, ni à l'iodure de potassium. Ce n'est que plus tard que X... fut de nouveau soumis aux antisyphilitiques, grâce au conseil d'un ami; l'iodure de potassium fut employé à la dose de 2 grammes par jour; quant au mercure, nous ne pouvons savoir quelle était la composition des pilules prescrites au malade. Deux mois de ce traitement ont suffi pour dissiper les maux de tête et pour faire revenir la raison; aussi le malade jouissant de la plénitude de son intelligence et débarrassé de ses céphalées épouvantables, fut-il rendu à sa famille. Aussitôt que le malade quitta la Maison de santé, le traitement fut encore mis de côté. X... se porta très-bien jusqu'au mois d'août. Il vivait à la campagne et croyait à sa guérison radicale, lorsque soudainement les maux de tête parurent de nouveau, à la tempe gauche. Dans l'espace de quelques jours, ils ont atteint une violence extrême. En même temps la moitié droite du corps commença à s'affaiblir progressivement, sans que le malade ait eu une attaque subite, avec perte de connaissance. Il n'existait, à cette époque, aucun symptôme syphilitique apparent. L'hémiplégie droite devint très-prononcée, dans l'espace de quelques jours; c'est ce qui décida le père à conduire son fils à Paris. M. le docteur Gauthier nous pria de voir le malade, que nous avons trouvé dans l'état suivant. Hémiplégie droite : la parole est lente et embarrassée; commissure labiale droite, rapprochée de la ligne médiane; joue du même côté affaissée; défaut d'expression à

droite, et contraste saillant entre la moitié droite, et la moitié gauche de la face. Chute de la paupière supérieure qui descend jusqu'au diamètre transverse de la pupille, pendant que l'œil du côté opposé est grand ouvert. La pupille est dilatée et paresseuse; défaut de parallélisme entre les deux yeux : strabisme externe consécutif à la paralysie du moteur oculaire commun, du côté droit, et à la prépondérance du droit externe sur l'interne. Diplopie dans tous les sens, excepté lorsque l'objet que l'on montre au malade, est situé tout à fait à droite; le strabisme disparaît dans ce cas, et les deux yeux sont parallèlement dirigés vers l'objet. La jambe droite traîne pendant la marche, et ne se détache pas entièrement du sol; le pied est posé par terre en bloc, comme si c'était un pied artificiel. Ce sont les extenseurs de la jambe sur la cuisse, qui, par une contraction forte, projettent le pied en avant; impossibilité de se tenir sur la jambe droite. La main du même côté ne serre que très-imparfaitement. Le malade ne peut pas écrire; la sensibilité au contact et à la température est obtuse, comparativement au côté gauche; mais elle n'a pas entièrement disparu. Miction normale; constipation opiniâtre. La mémoire est très-affaiblie pour les faits nouveaux; ainsi le malade se rappelle avec exactitude tout ce qui s'est passé antérieurement à son hémiplégie, mais il ne se souvient qu'avec peine et très-imparfaitement ce qui a eu lieu il y a dix jours. Il oublie aussi très-souvent où il a placé tel objet qu'il tenait tout à l'heure entre ses mains; il ne se rend pas compte de son état, ni de l'endroit où il se trouve. Cependant, il ne divague pas; il saisit très-bien les raisonnements qu'on lui fait. Insomnie opiniâtre. Il n'existe aucun autre symptôme. M. Ricord examine aussi le malade, qui est admis, quelques jours après, à la Maison de santé de la rue de Lourcine (septembre 1859).

Le traitement auquel X... a été soumis fut le suivant : iodure de potassium, 2 et plus tard 3 grammes par jour. Quinze jours après l'institution de cette médication, il y a eu une amélioration remarquable : les articulations du côté paralysé sont plus souples, les muscles se contractent avec plus de vigueur, en un mot la force est sensiblement revenue dans le côté droit. L'intelligence aussi est meilleure ainsi que la mémoire. Après avoir suivi son traitement antisyphilitique pendant deux mois

avec régularité, le malade sortit de la Maison de santé presque entièrement guéri. Ainsi le 7 novembre, nous constatons que M. X... marche très-bien; il y a cependant encore un défaut de souplesse, un peu de roideur dans les mouvements. Il serre la main avec autant de force avec sa main gauche qu'avec la droite. Il écrit bien, mais en tremblotant un peu; il trace ainsi des lignes un peu irrégulières; la parole est presque normale; plus de déviation des traits; la paupière supérieure droite s'ouvre et se ferme normalement; il n'y a plus de différence entre elle et celle du côté sain. Il n'y a plus ni strabisme, ni diplopie. Néanmoins la pupille reste encore un peu plus dilatée que celle du côté droit. Intelligence parfaite; mémoire très-bonne. Le malade se trouve dans un état tellement satisfaisant qu'il rentre chez lui, en province, pour continuer sa cure et compléter ainsi sa guérison. Il prend toujours et avec exactitude 3 grammes d'iodure de potassium par jour.

Réflexions. — Ainsi, sept mois se sont écoulés, depuis que M. X... contracta son chancre induré, sans qu'aucun phénomène traduisît la présence de la syphilis. Ce n'est pas là ce qu'on observe habituellement; dans la presque généralité des cas, deux, tout au plus trois mois après le début de l'ulcération infectante, il y a déjà des manifestations secondaires, lorsque la maladie n'a pas été modifiée ou entravée, dans son évolution, par un traitement mercuriel, même de courte durée. Dans ce cas aucun médicament ne fut employé, pendant deux ans environ; de sorte que, si l'on ajoute foi aux renseignements que le malade nous a fournis, l'affection syphilitique aurait suivi une marche très-lente dans son développement.

Plus tard, lorsque les symptômes diathésiques ont accusé la présence de la maladie, bien que abandonnés complétement à eux-mêmes, ils ont disparu spontanément, laissant ainsi pendant un certain temps l'économie en repos, pour reparaître avec une intensité de plus en plus

grande. Les céphalées violentes ont elles-mêmes disparu, sans l'intervention de la médecine. Cette intermittence dans la marche de la maladie, intermittence qui est propre à la vérole, amoindrit nécessairement, aux yeux de l'observateur, l'efficacité des spécifiques, lorsque, employés plus tard, ils ont dissipé les manifestations ultérieures. On peut certainement objecter à ceux qui attribuent la disparition des accidents syphilitiques à l'emploi des spécifiques, que bien souvent ces accidents disparaissent d'eux-mêmes et qu'il n'y a pas lieu de leur reconnaître une action spéciale contre la vérole, du moment que les symptômes de cette dernière ont souvent une durée passagère. Cette objection peut être faite à propos de tous les médicaments et de toutes les affections ; car rien ne peut prouver d'une manière palpable, à part le raisonnement, que telle maladie ne se serait pas terminée heureusement, sans l'intervention active de la médecine. Notons cependant que, chez notre malade, dont nous ne devons nous éloigner, pour le moment, l'affection, toute saccadée qu'elle fût dans sa marche, revêtait néanmoins une gravité croissante; de sorte que, chaque nouvelle explosion de son activité persistante donnait naissance à des accidents plus sérieux que ceux qui les avaient précédés.

La céphalée violente de X... dépendait-elle de l'existence d'une tumeur dans la boîte crânienne, tumeur qui, par son développement, aurait troublé plus tard l'exercice des facultés intellectuelles ? Quoi qu'il soit de cette hypothèse, il nous paraît certain que, chez ce malade, l'aliénation mentale a été occasionnée par la syphilis constitutionnelle. Déjà avant que le malade ne fût considéré comme entièrement aliéné, il perdait la raison dans le paroxysme de ses douleurs, il se livrait à des actes dont il regrettait après

[redacted]

lui-même les conséquences. C'est probablement par l'acuïté de ces céphalées que M. X... devenait furieux, d'une manière passagère. Peut-être la congestion, déterminée par la violence des douleurs céphaliques, était la cause de ces divagations fugaces. Il est donc rationnel de rattacher à la syphilis la perturbation prolongée de l'intelligence, du moment qu'on ne peut guère révoquer en doute que c'était elle qui déterminait, quelque temps avant, les mêmes troubles des facultés intellectuelles. L'aliénation mentale n'était en effet qu'un degré plus avancé de cet état de délire transitoire qui éclata maintes fois auparavant.

Enfin, une hémiplégie, survenue quelques mois après que M. X... a recouvré la raison, annonça de nouveau que la syphilis, loin d'être radicalement guérie, poursuivait toujours sa victime.

Ce n'est qu'en étudiant attentivement la succession des diverses manifestations de la syphilis, chez ce malade, et leur modification heureuse par les spécifiques, qu'on arrive à en conclure à la nature syphilitique de l'hémiplégie. Malheureusement la paralysie syphilitique ne nous offre aucun signe spécial, auquel on puisse la reconnaître et à l'aide duquel on parvienne à la distinguer des paralysies ordinaires.

L'iodure de potassium amena de nouveau une amélioration rapide, qui, probablement, fut suivie plus tard du retour complet de la motilité dans le côté droit. A tous ces titres l'observation qui précède nous paraît des plus intéressantes et des plus instructives.

OBSERVATION LXXXIX. — *Accès antérieur de lypémanie. — Chancre induré. — Roséole exanthématique. — Adénites inguinales et cervicales. — Éruption pustuleuse. — Mercure à dose insuffisante. — Exaltation maniaque, puis lypémanie profonde.*

X..., s'occupant de littérature, âgé de 32 ans, eut en 1849 un accès de mélancolie, qui dura plusieurs mois; il recherchait la solitude, ne prenait aucune part à ce qui l'intéressait le plus, se trouvait toujours plongé dans une tristesse profonde, sans cause ni raison, il essaya même de s'ôter la vie. Un long voyage lui rendit la gaieté et son intelligence distinguée. Garçon laborieux, travaillant avec assiduité, mais sans abus, il a toujours été d'une santé frêle et délicate. D'une taille élevée, il présente tous les attributs d'un tempérament lymphatique, fortement accusé; sa peau est blanche; elle a ce taspect demi-diaphane propre à ces constitutions; le cuir chevelu est toujours le siége d'un pityriasis abondant; il en est de même de la barbe. Les conjonctives sont toujours injectées, les paupières, boursouflées et enflammées à leurs bords libres.

De 1853 à 1854, il eut une affection chronique de la poitrine, sur le diagnostic et le pronostic de laquelle, les plus grands maîtres se sont trompés; toussant et expectorant abondamment, transpirant la nuit, réduit au marasme, et exténué au point de ne pouvoir ni se lever, ni se retourner dans son lit, il fut considéré comme voué à une mort certaine, qu'on craignait de voir survenir à tout moment. Il put néanmoins se rétablir complétement. Au bout de plusieurs mois, la toux elle-même a tout à fait cessé; X... acquit des couleurs et de l'embonpoint, et parut ainsi jouir d'une santé plus florissante que jamais. Très-impressionnable, doué même d'une sensibilité nerveuse exagérée, il vivait en quelque sorte en dehors des plaisirs et des abus de la société. Dans ces conditions il fut indignement trompé, en plaçant trop facilement sa confiance. En août 1858, à la suite de plusieurs entrevues dont le mobile unique aurait été une passion effrénée, M. X... se vit dupe de sa bonne foi. Il ne veut d'abord en croire ni à son médecin, ni à ses yeux; néanmoins il a bien fallu se rendre à l'évidence, et admettre l'existence d'un chancre in-

duré. Douloureusement affecté de se voir ainsi trompé dans ses affections les plus chères, effrayé en même temps des conséquences funestes de la syphilis et surtout des effets délétères du mercure, son intelligence éprouva une secousse telle que les meilleurs raisonnements n'ont pu ramener le calme dans son esprit. Il ne consentait, en aucune façon, à se soumettre à une médication hydrargyrique, de crainte de perdre les dents et les cheveux, d'en avoir les os pénétrés, etc., lorsqu'une roséole exanthématique vint réaliser les prévisions du médecin. Malgré cette manifestation de la syphilis constitutionnelle, X... n'est pas plus docile qu'auparavant; il ne veut prendre par jour que 1 ou 2 centigrammes de proto-iodure de mercure : il persiste d'autant mieux dans ses idées, que ses amis lui certifient que des médecins, à la tête de la science, ne dépassent jamais cette dernière dose. X... vivant au sein de sa famille, des considérations d'un autre genre l'agitaient toujours; la crainte de transmettre sa maladie ou de voir son secret découvert le condamnait à des tourments continuels. Toutes ces circonstances ont produit chez lui une grande tension d'esprit; elles entretenaient le malade dans une vive inquiétude de tous les instants. Cette agitation morale amena une surexcitation nerveuse qui fut traduite par une frayeur que le meilleur raisonnement ne parvenait à calmer. Bientôt après, à cette exaltation succéda une dépression profonde; mais avant d'entrer dans des détails circonstanciés sur l'état intellectuel de X... voyons quelle a été la marche de la syphilis chez lui. X... ne se décida à atteindre la dose de 10 centigrammes de proto-iodure par jour que sur les instances réitérées de son médecin, qui lui faisait prévoir quelles seraient les conséquences graves de la maladie abandonnée à elle-même (12 novembre 1858). Bien des fois, bien qu'il fût décidé que le malade prendrait 5 pilules de 2 centigrammes de proto-iodure chacune, il s'en tenait à 2 ou 3. D'autres fois il suspendait son traitement pendant quatre ou cinq jours, sous prétexte que ses dents agacées l'avertissaient de leur chute prochaine. Sur ces entrefaites la vérole marchait et marchait toujours; les ganglions cervicaux se sont considérablement engorgés; les cheveux ont commencé à tomber, et des douleurs violentes se sont manifestées à la tête; quel-

ques grosses pustules d'ecthyma superficiel ont paru sur diverses parties du corps. Cette aggravation dans les symptômes de la syphilis impressionna vivement X... Ce fut le dernier coup qui amena l'explosion d'accidents nerveux fort graves.

A la fin du mois de novembre, on remarqua que X... avait une grande tendance à l'isolement; il ne prenait plus part aux discussions littéraires et politiques, avec cet empressement et ce plaisir qu'il témoignait autrefois; ses traits n'étaient plus animés par le moindre sourire; en vain sa famille essaya-t-elle, à plusieurs reprises, de découvrir la cause interne de cette mélancolie. Quelques jours plus tard, X... dîna en ville; lorsqu'on s'est levé de table, il se retira dans un coin de la chambre, où il resta morne et silencieux pendant plus d'une heure. Puis il se lève tout à coup avec le regard vif et inquiet; il cherche son paletot avec bizarrerie; « il le lui faut tout de suite pour se sauver. » C'est inutilement qu'on cherche à le retenir, à l'accompagner; il s'échappe avec précipitation, et se met à courir avec une telle rapidité qu'on le perd bientôt de vue. Rentré chez lui, il crie, il s'agite, veut se dépouiller de tous ses vêtements, se reproche, à haute voix, d'être un misérable, d'avoir trompé, d'avoir abusé de la confiance qu'on lui avait accordée, de ne pas être digne de vivre, etc.; il essaie même d'attenter à ses jours. Cet accès d'agitation dure quelques jours. M. Baillarger, appelé en consultation, recommande l'usage des purgatifs et l'application répétée de vésicatoires volants à la nuque. Trois semaines après, à cette agitation succède une prostration lypémaniaque très-prononcée. Il ne veut point parler; si on l'interroge en insistant, il finit par répondre, mais par monosyllabes; en vain essaie-t-on de le tirer de cet état d'abattement moral et physique; morose et silencieux, il passerait toute une journée sur une chaise, sans se lever; il faut le conduire par la main comme un enfant, l'exciter, le réveiller, le pousser à satisfaire aux besoins de la vie animale. S'il monte dans sa chambre, pour se coucher, il s'arrête dans un coin sans savoir ce qu'il doit faire; il semble oublier qu'il doit se mettre au lit. Des céphalées intenses et une éruption ecthymateuse, accusent toujours l'existence de la diathèse syphilitique dans

toute son intensité. A cette époque deux aliénistes distingués, réunis en consultation, engagèrent la famille à faire voyager M. X... sans interrompre l'usage des spécifiques. (Janvier 1859.)

Réflexions. — L'histoire, si intéressante d'ailleurs, de ce malade doit être interprétée dans les limites du vrai et du probable, et sans en exagérer l'importance.

L'accès de 1849, qui était antérieur, par conséquent, au développement de la syphilis constitutionnelle, prouve la prédisposition de X... à tomber dans une lypémanie profonde.

La syphilis a donc provoqué, dans ce cas, une récidive des troubles intellectuels par les vives et nombreuses émotions qu'elle a occasionnées. Mais la diathèse syphilitique a-t-elle ébranlé en même temps le centre nerveux dans l'exercice de ses facultés intellectuelles, comme nous l'avons vue pervertir, dans certains cas, ses facultés motrices et sensitives, en produisant des convulsions, des névralgies, la chorée, etc. ? Les céphalées, que le malade commença à éprouver quelque temps avant l'explosion de l'accès d'agitation, ont-elles contribué de leur côté au développement des troubles nerveux encéphaliques ? Nous n'avons pas la prétention de répondre à toutes les questions difficiles que peut soulever cette observation. Il se peut que la vérole n'ait agi dans ce cas que par les diverses émotions morales qu'elle a déterminées, comme toute autre cause psychique l'aurait fait, c'est-à-dire sans la participation de l'infection syphilitique. Quoi qu'il en soit, ce fait nous a paru digne d'être relaté ici, et puisque nous sommes convenu que nous sommes loin d'avoir approfondi la manière dont la syphilis peut amener la perturbation intellectuelle, nous pensons que toutes les observations qui

peuvent se rapporter à l'aliénation mentale syphilitique, doivent être soigneusement recueillies. Ce n'est que lorsqu'on possédera un certain nombre de faits complets que l'on pourra, en les comparant entre eux et en les examinant scrupuleusement, en tirer de justes déductions, quant à la part active que peut prendre la syphilis dans le développement des désordres de l'intelligence.

Observation XC. — *Monomanie des persécutions; hallucinations de la vue; idées de suicide; affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence; ozène syphilitique, perforation du palais, céphalées intenses; chancre contracté quelques jours avant le mariage, et soigné par un empirique. — Iodure de potassium et proto-iodure de mercure. — Guérison complète.*

X..., âgé de 40 ans, de petite taille, lymphatique, de santé faible, entra, au mois de juin 1845, à la Maison municipale de santé. Dès son arrivée, il se livra à des actes qui témoignent d'une aberration intellectuelle; aussi est-il envoyé, comme aliéné, dans une maison de santé privée. Il est placé dans l'établissement de notre excellent ami, le docteur Rota. Les troubles intellectuels sont caractérisés, chez ce malade, par une monomanie des persécutions, par des hallucinations de la vue, et par des idées de suicide; mais, de plus, et contrairement à ce qui arrive d'une manière générale au début des monomanies, il y a chez lui un affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence. L'excitation et la défiance de M. X... rendaient toute exploration difficile. On employa d'abord des bains prolongés et des dérivatifs. L'exaltation du malade se calma un peu; mais l'intelligence s'affaiblissait de plus en plus. Trois semaines après son admission à la Maison de santé, X... consentit à se laisser examiner. Il ne portait aucune exostose visible, il n'avait pas d'éruption cutanée; mais en explorant la cavité buccale, on fut très-étonné de trouver, au delà du centre du palais, une solution de continuité des parties molles et de la charpente osseuse; cette solution de continuité avait la grandeur d'une lentille. Un stylet, introduit dans cette perte de substance,

pénétrait dans les fosses nasales. La muqueuse était gonflée, rouge, tuméfiée et douloureuse à la pression, autour de cette perforation, et les os paraissaient malades au delà de la partie détruite. X... exhalait, par le nez, une odeur repoussante, quoiqu'à l'inspection on n'ait rien pu distinguer qui en rendît compte. Il rendait fréquemment par le nez, et en se mouchant, un liquide séro-purulent, parfois légèrement teint en rouge, infectant son mouchoir et l'enceinte où il se trouvait. Les ganglions cervicaux postérieurs étaient engorgés. Aucun autre symptôme ne put être constaté, ni à la région des organes génitaux, ni ailleurs; enfin, comme symptôme physiologique, il existait une douleur de tête très-prononcée, siégeant à la région frontale, avec des exacerbations nocturnes. Le malade, pressé par les questions, finit par avouer que, trois mois avant de se marier (il y a trois ans), il contracta des chancres. Vivement ému par l'existence d'une telle affection, et effrayé déjà de ses funestes conséquences, pour lui et sa famille, il se confia à un empirique qui lui fit la promesse de l'en débarrasser dans un bref délai. Effectivement, X... en guérit au bout de quelques jours. Depuis cette époque, aucun symptôme, dit-il, n'avait attiré son attention. Le malade fut immédiatement soumis à un traitement spécifique mixte, consistant en pilules de proto-iodure de mercure, dont la dose fut portée jusqu'à 15 centigrammes par jour, et en iodure de potassium à la dose de 1, 2 et 3 grammes par jour.

Six semaines après l'institution de ce traitement, X... rentrait dans sa famille, ne donnant plus aucun signe de maladie mentale; son intelligence était nette et précise, sa mémoire revenue; toutes ses idées de persécutions et de suicide s'étaient dissipées; les douleurs céphalalgiques avaient disparu, ainsi que l'ozène et la tuméfaction avoisinant la perforation du palais. Le malade continua pendant trois mois entiers son traitement; puis il reprit ses occupations habituelles; il était chargé de la comptabilité dans une des grandes maisons commerciales de Paris; c'est là qu'on s'était aperçu d'abord de ses troubles intellectuels, plusieurs jours avant son entrée à la Maison municipale de santé, par le désordre qui régnait dans la tenue de ses livres. La guérison de ce malade ne s'est pas démentie depuis.

Réflexions. — Nous sommes fort embarrassé pour établir la causalité des divers troubles intellectuels qu'a présentés M. X... La syphilis doit-elle être considérée comme la cause provocatrice ou déterminante de l'aberration intellectuelle? On ne peut à cet égard qu'émettre des hypothèses plus ou moins rationnelles; toujours est-il que chez ce malade il existait des signes incontestables de syphilis constitutionnelle, que le traitement antisyphilitique a fait disparaître toutes les manifestations diathésiques, en même temps que les facultés intellectuelles se sont complétement rétablies. Il serait donc logique de rattacher l'affection mentale à la syphilis. Mais en admettant même l'origine syphilitique des troubles intellectuels, ce qui peut être contesté, de quelle manière la vérole aurait-elle agi, pour pervertir l'intelligence? Est-ce en développant des tumeurs intracrâniennes, ou autrement? Il est impossible de répondre à ces diverses questions sans s'égarer dans le champ périlleux des hypothèses.

Observation XCI. — *Syphilis. — Cécité. — Aliénation mentale. — Paralysie. — Lésions des os du crâne. — Tumeurs. — Ramollissement, épanchement gommeux* (1).

Résumé. — M..., âgé de 40 ans, ancien officier, contracta plusieurs maladies vénériennes, traitées sans succès. Il y a trois ans qu'il devint un peu faible, et sujet à des maux de tête intolérables. Dix-huit mois après, il perdit la vue graduellement, et, six mois plus tard, il éprouva des symptômes de paralysie incomplète avec des troubles intellectuels profonds. Le 17 mars 1821, il fut reçu à Charenton. En mai, il éprouva deux ou trois fois des pertes de connaissance, qui ont duré une minute, et qui ont été accompagnées de chute de la tête sur la poitrine, et de flaccidité des membres; plus tard, il

(1) Observation de Bayle et M. Kergaradec (*Nouvelle Bibliothèque médicale.* Février 1825).

eut trois attaques épileptiformes, avec rigidité des membres; puis, il éprouva une amélioration notable. Mais quelque temps après, et successivement, il eut la langue déviée à droite, la vessie et le rectum paralysés, des tremblements des membres, et une immobilité complète du côté droit. Quelques jours après, nouvelle amélioration de l'état général, avec diminution de la paralysie. Mais le 21 mars, nouveaux tremblements suivis de roideur du bras droit, avec diminution de la sensibilité. Agitation, gémissements, plaintes, sans délire. X... entend les questions et répond avec lenteur. Bouche déviée à gauche; impossibilité de se tenir sur ses jambes. Le 23, tremblements qui durent pendant une heure. Le 24, quatre attaques semblables. Le 25, aphonie complète, perte de l'intelligence, agitation fréquente du côté gauche du corps, immobilité du côté droit; attaques fréquentes de convulsions, avec roideur du côté gauche, le côté droit étant immobile et insensible; coma, mort.

Autopsie. — Os du crâne minces et fragiles à gauche; dure-mère adhérente au crâne, à la partie antérieure de l'hémisphère gauche. Sous ces adhérences, quatre tumeurs dures, du volume d'une noix; les os sont rugueux à la partie qui leur correspond. Érosion de la face interne de la grande aile gauche du sphénoïde; la lame criblée n'existe plus; de sorte que le crâne communique avec les fosses nasales. Plus de trace des nerfs olfactifs; les optiques sont atrophiés et mous. A la partie supérieure de l'hémisphère gauche, et sous l'arachnoïde, on sent, en palpant, une matière liquide. On trouve, par l'incision, que l'extrémité antérieure de cet hémisphère est occupée par plusieurs corps de grosseurs diverses : adhérents les uns aux autres, ils sont irrégulièrement arrondis, allongés, aplatis, d'un blanc grisâtre; leur section est lisse et luisante. La substance cérébrale qui les entoure est manifestement ramollie; elle se trouve réduite en un liquide d'un blanc grisâtre, où nagent des fragments de pulpe et des portions de matière filante, glaireuse, entièrement semblable au blanc d'œuf, qui a perdu une partie de sa transparence.

Réflexions. — Ainsi que le fait observer Lallemand, l'état des os à l'extérieur offrait tous les caractères des

affections syphilitiques. On voit d'après la description que donnent les auteurs qu'un dépôt de matière gommeuse occupait la partie moyenne de l'hémisphère gauche. Cette substance était en tout semblable à la matière constituante des gommes syphilitiques ; il paraîtrait que l'épanchement gommeux conserve pour longtemps, parfois même pour toujours, sa fluidité et son aspect gommeux, lorsqu'il s'effectue dans l'encéphale ou autour de la moelle épinière (1). Virchow reconnaît aussi aux dépôts syphilitiques deux périodes; il en désigne la première sous le nom de gélatineuse.

(1) *Voir l'autopsie de l'observ.* XXXIV, p. 251.

CHAPITRE V.

DE L'ASTHME SYPHILITIQUE.

Musitano a cité l'asthme parmi les conséquences morbides de la syphilis; il en est de même d'Astruc, qui certifie que les affections nerveuses les plus graves peuvent être le résultat de la vérole.

Fallope et Van Swieten ont parlé de l'asthme syphilitique comme d'une affection au-dessus des ressources de l'art.

Benjamin Bell (1) aurait vu un cas d'asthme syphilitique. Il s'agit d'un malade qu'il soigna d'abord en 1784, pour des ulcères profonds, siégeant sur plusieurs parties du corps et dont il souffrait depuis sept ans. Il y avait cinq ans qu'un asthme s'était manifesté chez ce malade, sans cause connue. Il consistait en des accès graves, accompagnés de suffocation et survenant pendant le sommeil, vers les trois heures du matin. B. Bell soumit son malade aux frictions quotidiennes d'onguent mercuriel et aux pilules bleues. Après une semaine de traitement, il survit un ptyalisme ; et sept semaines après, les ulcères étaient guéris. La bouche était, à dessein, constamment maintenue dans un état d'hydrargyrisme marqué. Consécutivement, l'asthme fut tout à fait dissipé. Bell nous apprend qu'ayant suivi le ma-

(1) P. 645, ouvrage cité.

[redacted]

lade jusqu'en 1797, l'asthme n'avait point reparu.

Le même auteur cite (1) une autre observation d'asthme syphilitique, qu'il a recueillie chez un homme affecté d'un ulcère du nez. Bell employa encore ses grands moyens, détermina le ptyalisme, et six semaines après, l'ulcère était cicatrisé. L'asthme, déjà amélioré à cette époque, disparut complétement avant la fin du traitement, qui fut continué pendant trois mois.

Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer d'exemple d'asthme syphilitique. Aussi sommes-nous à nous demander s'il peut exister, en tant qu'affection purement nerveuse. Des cas de dyspnée et de suffocation consécutives à l'œdème de la glotte, occasionné lui-même par des ulcérations syphilitiques, se trouvent consignés dans la *Clinique* de M. le professeur Andral (2). et dans plusieurs volumes du *Bulletin thérapeutique* (3).

Enfin tout le monde connaît l'histoire remarquable de ce malade syphilitique qui, atteint d'un œdème de la glotte, avec accès d'asphyxie imminente, ne fut arraché à la mort que par un acte de dévouement mémorable. M. Ricord, désespérant de sauver le malade par l'action lente des spécifiques, se décide à pratiquer la trachéotomie; mais à peine l'opération est-elle commencée que la respiration s'arrête et que les artères n'offrent plus de battements. Puisant alors dans la présence de son esprit et dans la noblesse de son cœur, un effort suprême, M. Ricord applique sa bouche à la plaie de la trachée, aspire les mucosités qui obstruent les bronches et rend ainsi la vie à un cadavre (4).

(1) *Traité de la gonorrhée*, p. 649.
(2) T. II, p. 212.
(3) T. XXX, p. 301, t. X, p. 38, et t. XXXI.
(4) *Union médicale*, t. III, p. 326.

M. Ebrard (1) a publié, sous le nom de névroses syphilitiques, deux observations d'asthme qu'un traitement spécifique aurait guéri.

Rognetta, rapporte (2), sous le titre d'asthme syphilitique, l'histoire d'une femme qui entra dans le service de Legroux, aphone, sans fièvre et en proie à des accès de suffocation violente. La luette était détruite et des cicatrices vicieuses existaient à l'arrière-gorge. La malade, âgée de 40 ans environ, autrefois prostituée, eut la syphilis constitutionnelle. Legroux, ayant reconnu la nature de la maladie, prescrivit l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce médicament, une guérison complète fut obtenue. La voix elle-même est revenue.

M. Moissenet a communiqué à la Société médicale des hôpitaux (3) l'observation d'une malade qui succomba à un rétrécissement syphilitique de la trachée.

Elle avait eu, en août 1857, des plaques muqueuses à l'anus et à la vulve. En janvier 1858, elle éprouva des douleurs névralgiques à la tête et au cou, ainsi que divers troubles sensoriaux. Ces accidents cédèrent à un traitement par les bains sulfureux et le mercure. Plus tard, il survint une bronchite intense avec dyspnée, respiration bruyante et palpitations. C'est alors que la malade se fit admettre dans le service de M. Moissenet (8 août 1859). Elle présentait à ce moment les symptômes suivants : angine légère, adénite cervicale à droite, douleur sur le trajet des pneumo-gastriques, assez analogue au clou hystérique, et accompagnée de névralgie intercostale. L'odorat était perdu. La voix n'offrait rien d'anormal ; mais l'inspiration était prolongée et sifflante; ce sifflement inspiratoire, variable en intensité, augmentait surtout pendant la nuit. La toux était sèche et rare. Il n'y avait ni taches à la peau,

(1) *Gazette médicale*, 1843.

(2) *Annales de thérapeutique*, t. IV, p. 60.

(3) 8 septembre 1858.

ni aucun autre symptôme syphilitique appréciable. Les antispasmodiques ont été de nul effet. La malade cacha avec opiniâtreté ses antécédents, jusqu'au 14 août. Mais ayant fait des aveux à cette époque, on soupçonna une angine syphilitique, et on prescrivit 2 pilules de proto-iodure de mercure par jour. Néanmoins la suffocation augmente progressivement du 15 au 21. Du 22 au 24, on a recours aux vomitifs, qui produisent de l'amélioration; il y a de la salivation et de la gingivite mercurielle. On applique un vésicatoire à la nuque. A partir de ce jour jusqu'au 31, l'état de la malade a été continuellement en s'aggravant : elle éprouvait presque toutes les nuits des accès de suffocation, semblables à ceux de la laryngite striduleuse. On employa l'iodure de potassium, sans aucun succès; il en fut de même de la cautérisation du larynx et de la trachée, par l'instillation d'une solution de nitrate d'argent, à la proportion de 50 centigrammes de sel pour 30 grammes d'eau. Le 31, l'inspiration était sifflante et prolongée, et l'expiration difficile; la voix n'était pas éteinte. On fut donc conduit à penser à la présence d'un obstacle, ou d'un rétrécissement siégeant dans la région sous-glottique du tuyau aérien, et on se décida à pratiquer la trachéotomie. Cette opération n'apporta aucun soulagement, et la malade s'éteignit, sept heures après l'opération, par les progrès d'une asphyxie lente. L'autopsie fit constater l'existence d'un renflement de la trachée au-dessous de la fourchette sternale, renflement suivi d'un rétrécissement de l'extrémité inférieure de ce conduit. Le larynx était intact; mais on trouva, à l'endroit où la trachée fut ouverte par l'opération, et par conséquent au-dessus du rétrécissement, trois plaques arrondies, mamelonnées, de couleur jaune, à centre déprimé, et présentant, à leur fond, le cartilage à nu. Au niveau du rétrécissement, la surface interne de la trachée avait un aspect gaufré, par le fait du tissu cicatriciel; il en était de même de la bronche gauche. La bronche droite présentait également une plaque cicatricielle. A partir des plaques mentionnées jusqu'au rétrécissement, les cartilages de la trachée étaient altérés ou détruits plus ou moins complétement. Au niveau du rétrécissement même, quatre cerceaux cartilagineux avaient totalement disparu. Le conduit aérien n'étant formé en ce point que par

[redacted]

des tissus mous, dépressibles et rétractés, il en résultait un rétrécissement haut d'un centimètre, et à peine assez large pour admettre une sonde de femme.

On aurait donc eu affaire, dans ce cas, selon M. Moissenet, à une angine trachéale syphilitique. Le traitement mercuriel, en produisant la cicatrisation des ulcères, avait déterminé le rétrécissement du conduit aérien ; de sorte que le mal local n'a pu se guérir qu'au prix d'un trouble fonctionnel extrêmement grave. Mais la respiration n'était pas seulement entravée par le fait du rétrécissement, elle l'était encore par cela même que le squelette cartilagineux était remplacé par des parties molles qui, s'aplatissant sous le poids de la pression atmosphérique, rendaient l'inspiration des plus difficiles.

Ce fait prouve que l'angine syphilitique, ou plutôt la dyspnée occasionnée par la vérole, peut reconnaître pour cause une lésion siégeant à l'extrémité inférieure de la trachée; que la nécrose des eartilages, qu'entraîne la diathèse syphilitique, peut produire le rétrécissement du conduit et la mort du malade; que le mercure, souverain contre la syphilis, reste impuissant en face des conséquences indirectes de la diathèse, et que la trachéotomie n'est dans ces cas d'aucun secours pour les malades.

M. Vigla a lu, à la même société savante (Société médicale des hôpitaux), une observation analogue dont voici un extrait (1) :

Le 25 octobre 1858, le nommé F..., âgé de 36 ans, entre à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Vigla. Il est pâle et sensiblement amaigri; assis sur son lit, il respire avec peine; l'inspiration surtout, difficile et bruyante, pré-

(1) *Union médicale*, 19 février 1859.

sente ce caractère trachéo-laryngien que l'on trouve dans l'œdème de la glotte. Il y a deux mois que ce malade a été pris d'un rhume de poitrine, accompagné d'étouffements. Déjà, à cette époque, l'inspiration était souvent pénible, et s'exécutait avec bruit. La toux était accompagnée d'une expectoration peu abondante et souvent striée de sang; l'amaigrissement était notable. L'appétit était bon, les digestions faciles; il n'y avait pas de diarrhée. Cet état persistait depuis six semaines, lorsque la gêne de la respiration augmenta notablement dans l'espace de quelques jours. L'inspiration, qui n'était bruyante que par instants, le devint d'une façon continue; le malade se trouvait dans l'impossibilité de faire quelques pas ou de causer un peu, sans être pris d'accès de suffocation. Ainsi que nous l'avons déjà dit, lors de son admission à la Maison de santé, X..., assis sur son lit, respirait avec peine. Pendant les efforts inspiratoires, les muscles dilatateurs de la poitrine entraient en vigoureuse contraction. Il expectorait de petits crachats muco-purulents. La percussion donnait partout une sonorité normale; à l'auscultation, il était impossible de percevoir le murmure respiratoire qui était masqué par les bruits laryngiens. Le larynx n'était pas douloureux. On n'y percevait au toucher et à la pression, ni saillie, ni déformation, ni craquement. Le doigt explorateur arrivait facilement jusqu'à la face supérieure de l'épiglotte, qui était saine. Pas de tumeur comprimant le larynx. Le malade eut des chancres, il y a douze ans. Il y a six ans, il a été pris d'un mal de gorge qui avait déterminé une perforation du voile du palais. A partir de ce moment, la voix est restée altérée. L'examen le plus attentif n'a fait constater aucun autre signe de syphilis. Le diagnostic rationnel fut le suivant : ulcérations syphilitiques du larynx, avec un peu d'œdème de la glotte. Par conséquent, F... fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, à la dose d'un gramme par jour. Une amélioration assez sensible se manifesta bientôt. La respiration devint plus facile ; le malade put sortir et monter un étage, sans être oppressé. Le 25 novembre, à quatre heures de l'après-midi, sans cause appréciable, F... fut pris d'étouffements violents. Il présentait alors tous les signes de l'œdème de la glotte, parfaitement confirmé. M. Demarquay, chirurgien de la Maison

de santé, pratiqua la trachéotomie. La gêne de la respiration persista toute la nuit, malgré l'opération, et elle fut bientôt suivie de la mort du malade.

Autopsie. — Après avoir constaté que la trachéotomie a été faite avec précision, en continuant les recherches nécroscopiques, on rencontre, au niveau du onzième anneau de la trachée, un point où ce conduit se rétrécit d'une façon notable. Ce rétrécissement porte principalement sur la moitié gauche de la trachée. Il occupe une étendue de vingt-huit millimètres; en haut, il commence brusquement, formant un repli saillant à l'intérieur; repli qui correspond à l'extrémité inférieure de la canule à trachéotomie; inférieurement, au contraire, la trachée reprend insensiblement son calibre. Le rétrécissement est formé par du tissu cicatriciel, dans l'épaisseur duquel se trouve la moitié gauche de six anneaux de la trachée. Ces cartilages sont contournés et brisés; leur moitié droite, au contraire, est saine. A gauche de la trachée, au niveau même du rétrécissement, se trouvent deux ou trois ganglions lymphatiques hypertrophiés. La muqueuse a conservé sa couleur rosée, normale; il n'y a pas d'ulcération. Le tissu cellulaire du médiastin est le siége d'un emphysème assez considérable. Dans les poumons, il n'existe pas de tubercules.

On trouve dans Virchow (1) une observation ayant quelque analogie avec celles de MM. Moissenet et Vigla.

Une femme, âgée de 42 ans, entra, pour un rétrécissement syphilitique du larynx, à l'hôpital de Würzbourg, où elle mourut assez rapidement, avec les signes d'un spasme laryngé. A l'autopsie, on remarque une tuméfaction œdémateuse, à partir des cartilages aryténoïdes. La muqueuse de la trachée est épaissie, plissée, rouge. Près du cartilage cricoïde, il existe un rétrécissement si considérable qu'on peut à peine y introduire l'extrémité du petit doigt. Ulcération profonde, au côté gauche du larynx, d'un pouce et demi d'étendue et d'un diamètre transverse d'un demi-pouce; destruction du cartilage cricoïde; la bronche droite est notablement rétrécie au niveau

(1) *La Syphilis constitutionnelle*, trad. du docteur Picard.

de la bifurcation et au-dessus; à la coupe, sa forme est triangulaire, son diamètre d'un quart de pouce, tandis que la bronche gauche a un demi-pouce. Cette dernière présente, tout près de la bifurcation, un rétrécissement plus considérable, mais n'ayant qu'un huitième de pouce d'étendue. La bronche adhère en ce point avec l'œsophage, normal du reste, au moyen d'un tissu épais et tendineux. Cicatrice considérable sur un des anneaux inférieurs de la trachée.

En terminant cette observation, M. Virchow ajoute qu'il a recueilli un autre fait pareil, chez un homme qui succomba à une dégénérescence amyloïde étendue, consécutive à la syphilis. A l'autopsie il rencontra plusieurs cicatrices radiées, dans les bronches profondes. Le tissu pulmonaire environnant présentait une induration centrale étendue, comme ardoisée; nombreuses cicatrices aux amygdales, au voile du palais, au pharynx. Virchow, en commentant ce fait, va jusqu'à déclarer qu'il doit exister une pneumonie syphilitique. Il prétend avoir vu des cicatrices stellaires de la plèvre, et des pleurésies déformantes, qui répondaient exactement à la périorchite. N'est-ce pas pousser un peu loin l'induction, et grossir gratuitement les conséquences pathologiques de la syphilis, déjà si nombreuses?

M. le professeur Piorry a appelé l'attention de ses auditeurs sur un cas de dyspnée, occasionnée par la syphilis constitutionnelle. Voici un résumé de cette observation, intitulée : *Ganglionnite cervicale et bronchite. Ulcération de l'amygdale, asphyxie imminente* (1).

G..., âgé de 17 ans, lymphatique, né de parents sains, de très-bonne santé habituelle, sans maladies antérieures, passe la nuit du 28 janvier 1858 au bal et s'y livre à des excès de tout

(1) *De l'asthme syphilitique*, leçon de M. le professeur Piorry, publiée par M. Duriau.

genre. Lorsqu'il entra à la Charité, dans le service de M. Piorry, on constata une dyspnée considérable, des ganglions cervicaux très-engorgés, surtout du côté droit. Les amygdales ne présentent pas de fausses membranes. Elles sont injectées; mais leur volume n'empêche pas la circulation de l'air. Rien non plus au larynx, qui est également libre; pourtant la respiration est manifestement gênée. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucune affection des poumons ou des plèvres. La respiration trachéale s'entend à distance. Le malade indique que la cause de la gêne respiratoire siége derrière la fourchette du sternum. On soupçonne une compression des nerfs de la huitième paire et de la trachée, par des ganglions très-développés. — Vésicatoire à la partie supérieure du thorax; iodure de potassium, 3 grammes par jour. Dans l'espace de huit jours, amélioration manifeste; diminution du volume des ganglions cervicaux. On constate sur l'amygdale droite une ulcération taillée à pic, à fond jaunâtre. Le chef de service diagnostique alors une tuméfaction des ganglions, de cause syphilitique et consécutive à l'ulcération de l'amygdale. Cautérisation de l'ulcération avec le nitrate d'argent; iodure de potassium. Cet engorgement n'est pas scrofuleux, car jamais aucune manifestation antérieure n'a trahi l'existence, même latente, de scrofules. L'ulcération était le point de départ de l'engorgement ganglionnaire. De même qu'un chancre de la verge engorge les ganglions de l'aine, de même un chancre de l'amygdale peut engorger ceux auxquels ses vaisseaux lymphatiques vont aboutir, comme les éruptions du cuir chevelu engorgent, quelquefois, les ganglions cervicaux postérieurs. Les ganglions thoraciques se seraient-ils développés par la syphilis constitutionnelle? Du reste, dans le cas présent, la cause de la dyspnée était profondément dans la poitrine; c'est là que le malade accusait une douleur. L'arrière-gorge et le larynx étaient libres, et rien n'interceptait le passage de l'air.

Nous avons cité l'observation qui précède parce qu'elle nous paraît très-intéressante. D'ailleurs c'est le seul fait de ce genre qui soit parvenu à notre connaissance. La dyspnée chez ce malade était tout à fait mécanique, de

même que chez celui de M. Vigla. Il est évident que M. Piorry a constaté des signes non douteux de syphilis constitutionnelle chez cet individu qu'il considéra comme vérolé. Mais l'autorité du professeur ne justifie pas l'omission commise par le rédacteur de la leçon. On peut faire à M. Duriau le petit reproche d'avoir passé sous silence ces signes, qui convaincraient le lecteur le plus incrédule de l'existence réelle de l'*asthme syphilitique.*

Y a-t-il, parmi les divers faits dont nous avons donné un résumé succinct, un seul qui mérite, à juste titre, la dénomination qu'on leur a accordée ? En d'autres termes, les observations remarquables, recueillies par des hommes si distingués, constituent-elles une entité morbide, une expression pathologique, à laquelle on doive donner le nom d'asthme syphilitique ?

Malgré le talent d'observation de B. Bell, on est autorisé, vu le peu de détails qu'il nous donne relativement aux symptômes respiratoires présentés par ces malades, à ne pas attacher une grande importance à ses deux faits. Il y avait certainement accès de suffocation ; mais quelle a été la cause de cette dyspnée ? Ne savons-nous pas que les anciens, privés des précieux moyens que nous possédons aujourd'hui, confondaient sous le nom générique d'asthme, une foule de maladies thoraciques plus ou moins disparates. Examinant ensuite les faits observés de nos jours avec tant de précision, on n'acquiert pas la conviction, bien loin de là, qu'il faille les désigner sous le nom d'asthme. Est-ce ainsi qu'on appelle les accès de dyspnée qui éclatent dans l'œdème de la glotte, dans la nécrose des cartilages du larynx, dans les compressions de la trachée par un corps étranger ou par une tumeur de la colonne vertébrale, etc. ?

SEPTIÈME PARTIE.

CHAPITRE I.

DU DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS NERVEUSES DUES A LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE EN GÉNÉRAL.

Des difficultés, parfois insurmontables, rendent le diagnostic presque impossible, dans un certain nombre de maladies nerveuses, déterminées par la syphilis constitutionnelle. C'est ce que prouvent péremptoirement les erreurs qui ont été commises, à propos de plusieurs malades, dont les observations sont insérées dans ce travail.

On peut en général affirmer, qu'aucun symptôme pathognomonique ne démontrant, à lui seul, la nature spécifique des accidents nerveux, c'est par l'interrogatoire et l'examen attentif du malade que l'on parvient à remonter jusqu'à l'origine de la maladie, et à dévoiler l'essence même de l'affection.

Parmi les divers éléments dont la réunion ou la combinaison conduit à la source du mal, nous devons citer, en premier lieu, la connaissance des antécédents du malade. Elle peut suffire pour faire poser un diagnostic, téméraire souvent en apparence, mais que l'amélioration progressive des symptômes, sous l'influence de

la médication spécifique, vient bientôt corroborer et convertir en certitude. Mais, ainsi que nous l'avons déjà longuement exposé dans notre préface et dans notre article sur la diathèse syphilitique, il ne suffit pas qu'un sujet ait eu un chancre, pour être considéré comme vérolé; il faut qu'il ait offert des signes évidents d'infection, des preuves de l'empoisonnement de l'organisme; il faut, en un mot, qu'il y ait eu diathèse.

Il nous semble que la question du diagnostic des affections nerveuses syphilitiques en général, entourée de tant d'obscurité, et hérissée de causes multiples d'erreur, sera plus facilement élucidée, si l'on passe rapidement en revue les formes les plus fréquentes qu'elle peut revêtir, et les diverses expressions sous lesquelles elle peut se présenter.

Dans le cas le plus simple et le plus facilement reconnaissable, *les accidents nerveux syphilitiques existent en même temps que d'autres manifestations évidentes de la syphilis constitutionnelle.* L'attention du médecin se trouve alors naturellement attirée vers la diathèse syphilitique, dont il suffit de connaître la nature protéiforme, pour en deviner les effets secrets, en les reliant autant que possible à ses symptômes apparents.

C'est ainsi que parfois au début de l'exanthème syphilitique, on voit éclater, soit des convulsions, soit des symptômes nerveux hystériques ou autres, soit des névralgies, affections dont nous nous sommes occupé dans les chapitres particuliers à chacune d'elles.

Les fièvres éruptives sont les seules maladies avec lesquelles on puisse confondre les accidents nerveux de la syphilis, à cette époque de la diathèse; et la confusion est d'autant plus facile, que l'exanthème diathésique peut ressembler, à s'y méprendre, à quelques-unes de

[redacted]

ces éruptions, à la varioloïde, à la varicelle, voire même à la rougeole. La similitude éventuelle des phénomènes préliminaires de l'exanthème initial de la syphilis, avec les prodromes de quelques fièvres éruptives, et leur diminution fréquente aussitôt après l'éruption syphilitique, ce qui est la règle pour les fièvres exanthématiques, facilitent encore la méprise.

Cependant l'éruption syphilitique dure, d'ordinaire, plus longtemps que l'exanthème d'une fièvre éruptive; les accidents nerveux généraux reviennent, lorsqu'ils ont existé, peu après la manifestation de l'éruption spécifique, s'ils s'étaient calmés momentanément. Enfin, de nouveaux symptômes de la diathèse viennent s'y ajouter. De sorte qu'il suffit d'être averti de la possibilité de l'erreur, pour l'éviter ou pour la réparer.

De telles méprises ont été commises à l'égard de plusieurs de nos malades, et notamment à propos de ceux dont les observations portent les nos XXX, LXXVIII et LXXIX.

A une période plus avancée de la diathèse, les diverses paralysies, les névralgies, les affections oculaires, etc., peuvent aussi se rencontrer en même temps que d'autres manifestations syphilitiques apparentes, dont la présence facilite de beaucoup l'institution du diagnostic. Dans ces cas, l'examen attentif des antécédents du malade, la marche ou l'enchaînement des divers phénomènes syphilitiques, la relation de date ou d'intensité des différents troubles nerveux avec les autres symptômes concomitants de la vérole, sont autant de fils conducteurs qui mènent à la découverte de la nature intime de l'affection nerveuse. Néanmoins, il faut savoir tenir compte des coïncidences, et ne pas vouloir tout attribuer à la syphilis, par cela seul qu'elle existe.

D'autres maladies indépendantes de la vérole peuvent se développer en même temps qu'elle.

Pourtant, si le sujet n'avait jamais présenté, jusqu'alors, une telle affection, une névralgie par exemple, si cette maladie ne s'était déclarée sous l'influence d'aucune cause appréciable, si elle était du nombre des affections que la syphilis détermine à la période à laquelle elle est arrivée, si par la date de son apparition elle pouvait être rapportée à la vérole, si enfin elle guérissait par l'emploi des spécifiques et en même temps que les autres manifestations de la diathèse, on aurait alors tous les documents nécessaires pour convaincre les plus difficiles, et pour établir un diagnostic aussi certain qu'il est possible d'en poser en médecine. De tels exemples se sont bien souvent présentés à nous. Nous pouvons citer à ce propos les observations n[os] VI, VII, IX, etc. C'est à cause d'un semblable enchaînement de faits, et à la suite de tels raisonnements, que nous sommes bien des fois parvenu à rattacher à la syphilis des affections de l'appareil encéphalo-rachidien. Rappelons, par exemple, la série des phénomènes morbides dont fut affligé le berger épileptique (1). Et d'abord, aucun membre de la famille de cet homme n'a souffert d'une affection nerveuse quelconque. Lui-même n'avait jamais eu aucune maladie, ni présenté aucun accident nerveux. Dans ces conditions, il contracte la syphilis constitutionnelle qu'il soigne d'une manière très-irrégulière et très-incomplète. Deux ans plus tard, et après avoir présenté des tubercules syphilitiques de l'arrière-gorge et des céphalées violentes, il devient épileptique. Après de nombreux accès, cette épilepsie disparaît sous l'influence d'un traitement spécifique, en même

(1) Observation LXXXI, page 473.

temps que les accidents gutturaux guérissent; après quoi, quelques années s'écoulent avec toutes les apparences de la meilleure santé. Mais, à une époque plus éloignée, de nouveaux symptômes diathésiques éclatent chez le sujet (ulcères du pharynx, ostéite du nez, céphalées intenses), et sont bientôt suivis du retour de l'épilepsie. Soumis de nouveau, et après deux années de persistance de ces phénomènes, aux antidotes de la vérole, il voit pour la seconde fois les accidents syphilitiques, accessibles à la vue, s'améliorer rapidement, et les accès du mal caduc devenir de plus en plus rares. Quelque temps après, les uns et les autres disparaissent complétement. Serait-il possible d'élever la moindre contestation quant à la cause des divers phénomènes encéphaliques, auxquels fut en proie ce malade? et pourtant l'expression symptomatologique, l'épilepsie, ne présentait par elle-même rien de spécial qui dénotât sa nature et son origine.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Il arrive parfois que pendant la présence active de la syphilis constitutionnelle, il se déclare, du côté du cerveau, des phénomènes morbides mal définis ou bien revêtissant la forme des hémorrhagies et des ramollissements encéphaliques, accidents qui persistent après l'amélioration même, par les spécifiques, des autres symptômes extérieurs, apparents, de la syphilis. Pareil fait s'est produit, chez le malade dont l'observation porte le n° XXVI. L'hémiplégie ne s'amenda point chez ce sujet, malgré la disparition des tubercules gommeux de la peau. Néanmoins il s'agissait bien d'une encéphalopathie syphilitique; en effet, on constata à l'autopsie la présence d'une tumeur gommeuse du cerveau; mais ce dépôt plastique était entouré par de la matière cérébrale enflammée et ramollie. Cette cérébrite s'est

traduite à l'observateur par des signes bien tranchés: tels que la fièvre, les convulsions et surtout la contracture, phénomènes qui sont survenus un mois et demi environ après le début de l'hémiplégie. Voilà donc une nouvelle série de difficultés qui viennent augmenter encore les chances de méprise et exposer à des erreurs de diagnostic. Pour les cas semblables, il faut avoir présent à l'esprit que les tumeurs de l'encéphale, en général, peuvent, par leur siége et par la compression qu'elles exercent, déterminer une inflammation circonvoisine, qui devient alors l'affection principale, et parfois la maladie mortelle. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de ce que les spécifiques ne parviennent pas à guérir, dans ces cas, l'affection encéphalique, bien qu'elle soit occasionnée par la diathèse syphilitique.

On voit, par ce qui précède, combien il est difficile, dans certaines circonstances, de faire la juste part de la vérole et de reconnaître quelle est la cause directe, la cause immédiate des accidents nerveux, qu'on est appelé à combattre. C'est qu'il y a une si grande différence d'individu à individu, dans l'expression symptomatologique de toute maladie, qu'on pourrait presque avancer que les combinaisons morbides varient pour chaque malade; et que, malgré l'étude clinique approfondie des affections syphilitiques, nul ne serait à même de définir d'avance et d'une manière rigoureuse, toutes les formes que peut présenter la syphilis cérébrale chez tel ou tel autre sujet. Mais, à force d'expérience, on parvient toujours à analyser, à leur juste valeur, les phénomènes que l'on observe, et à n'attribuer à la vérole que ce qui lui revient de droit.

Le problème sera bien plus compliqué *lorsque le malade, en proie à des accidents nerveux ou cérébraux*

ne traduira l'activité de la syphilis par aucun symptôme apparent.

C'est alors surtout qu'il faut interroger scrupuleusement les commémoratifs; car eux seuls peuvent aider à poser le diagnostic. C'est ainsi que le jeune apoplectique de Vidal recouvra la santé, dès que ce médecin, guidé par les accidents syphilitiques qu'il avait combattus quelque temps auparavant, le remit au traitement spécifique. Il en fut de même du malade, affecté d'accidents cérébraux, dont parle M. Ricord, et que nous avons déjà cité.

On comprend aisément combien les difficultés doivent grandir encore et les obstacles se multiplier, lorsque les manifestations syphilitiques antérieures sont séparées, par un long espace de temps, de l'accident nerveux, dont on est témoin. C'est dans ces cas surtout que l'on doit rechercher avec le plus grand soin, si le malade ne présente sur les parties du corps, accessibles à l'exploration, quelques signes syphilitiques évidents; ce sont eux seuls qui peuvent le mieux renseigner sur la nature de la maladie.

Tous les syphilologues ont insisté, avec raison, sur la propriété qu'a la vérole d'occasionner des douleurs pendant la nuit, ou bien des souffrances continues avec exacerbations nocturnes; de telle façon que la répétition d'un phénomène morbide pendant la nuit, lorsque le malade est couché dans son lit, serait un caractère spécial de la syphilis. Ce n'est pas pour les douleurs ostéocopes seulement qu'on a reconnu la tendance nocturne de ses manifestations. Frank a prétendu, ainsi que nous l'avons vu, que l'épilepsie, dont les attaques surviennent pendant la nuit, doit être considérée comme d'origine syphilitique. Nous avons déjà exprimé notre

opinion à ce sujet. On s'est trop exagéré l'importance de ce caractère ; nous savons qu'il est très-commun dans les sections d'épileptiques de voir des accès se produire la nuit, bien qu'ils ne soient point consécutifs à la vérole. Nous savons aussi que bien des névralgies vulgaires ont de la tendance à s'exaspérer le soir. De manière que tout en admettant l'opinion des auteurs, nous sommes loin de considérer, avec eux, toute souffrance, à périodicité nocturne, comme étant d'origine syphilitique. Bien des névralgies syphilitiques font souffrir tout autant le jour que la nuit, ainsi qu'on l'a vu dans l'histoire de plusieurs de nos malades. En un mot la répétition de certains phénomènes nerveux régulièrement pendant la nuit doit faire songer à la vérole. Mais, pour apprécier ce signe à sa juste valeur, il faut ajouter que des accidents non syphilitiques peuvent présenter une rémittence diurne, et *vice versa* : tous les phénomènes syphilitiques douloureux ou autres ne se dissipent pas pendant le jour, pour reparaître le soir.

Parmi les diverses affections nerveuses, quelques-unes sont si fréquemment déterminées par la syphilis constitutionnelle, qu'il est du devoir du médecin, lorsqu'il est en face de l'une d'elles, de rechercher attentivement l'existence de cette diathèse. Nous pouvons citer, à ce propos, la paraplégie, la paralysie d'un seul membre, celle des muscles de l'œil, l'amaurose, etc.

Mais, si l'on se trouvait en présence d'un de ces cas de beaucoup plus rares, dont il n'est pas assez parlé dans les livres, et dont la plupart des médecins ignorent encore aujourd'hui l'existence possible, consécutivement à la vérole, il serait bien plus à craindre qu'on ne songeât pas à la syphilis et que, méconnaissant ainsi

l'origine de l'affection, on n'y portât point remède.

Un exemple rendra bien plus clairement notre pensée. Supposons que l'on soit appelé pour une hémiplégie survenue chez un jeune homme âgé de moins de vingt-huit ans. Aucun symptôme n'indique actuellement la présence de la diathèse syphilitique; mais le médecin connaît la rareté relative de l'hémorrhagie cérébrale à cet âge et la fréquence des phénomènes cérébraux paralytiques, apoplectiformes, chez les jeunes gens syphilitiques. En étudiant soigneusement les antécédents de son malade, il acquiert la conviction qu'à une époque, plus ou moins éloignée, il a offert des signes incontestables de vérole. Il se trouve alors en possession d'une première donnée qui, corroborée par de nouvelles probabilités, puisées dans de nouveaux renseignements, et fécondée par le raisonnement, mène droit à la certitude. Parmi ces probabilités nous devons signaler, d'abord, les récidives nombreuses auxquelles expose la syphilis, une fois contractée; son incurabilité fréquente, principalement lorsqu'elle n'a pas été combattue par une médication régulière et suffisamment prolongée; ses manifestations parfois subites au milieu d'une santé en apparence florissante, etc. Dans ces conditions le médecin sera en droit de soupçonner que la vérole est la première cause des accidents, et de diagnostiquer, rationnellement, une syphilis cérébrale, notamment si les phénomènes paralytiques étaient survenus d'une manière lente et progressive ou, ce qui est encore plus fréquent, si, bien que la paralysie ait éclaté brusquement, il n'y avait pas eu attaque apoplectiforme avec perte de connaissance. En effet, il est à remarquer que rarement les syphilitiques, atteints d'encéphalopathie, ont vu leur paralysie être précédée de cet ensemble de phénomènes, avec perte

de connaissance, qui constituent l'*attaque d'apoplexie.*

Le traitement viendra définitivement trancher la question, en dissipant avec rapidité les phénomènes présentés par le malade. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, des accidents incontestablement syphilitiques peuvent, quoique exceptionnellement, résister à la médication spécifique et déterminer la mort, malgré le traitement le plus rationnel et le plus habilement conduit.

On peut inférer de tout ce qui précède que l'étude des antécédents du malade et la connaissance profonde des apparences nombreuses sous lesquelles la syphilis peut se montrer, devront, dans le plus grand nombre des cas, diriger le médecin quand il s'agira de poser un diagnostic.

Nous sommes loin d'avoir épuisé le récit des nombreuses difficultés qui entourent parfois le praticien lorsqu'il veut asseoir un diagnostic, en connaissance de cause, dans les cas qui nous occupent. En effet, telle est parfois l'obstination de certains individus à nier l'existence préalable de la vérole, que le médecin serait tous les jours dupe de sa bonne foi, au grand préjudice des malades eux-mêmes, s'il ne savait se méfier de leurs assertions, si convaincantes qu'elles paraissent d'ailleurs, au premier abord. Cette dissimulation s'observe surtout chez les femmes, qui nient avec ostentation tout antécédent syphilitique, et persistent dans leurs dénégations, lors même qu'elles portent, sur plusieurs parties du corps, des signes irréfragables de vérole; en présence, par exemple, de plaques muqueuses, de gommes, d'exostoses, etc. Néanmoins il est juste d'ajouter que parfois les malades eux-mêmes et notamment les femmes n'ont pas connaissance de leur

infection. S'ils trompent alors l'homme, dont ils demandent le secours, c'est en ignorance de cause et sans mauvaise intention.

Il est très-facile, dans des cas de ce genre, d'être induit en erreur ; à moins que l'accident que l'on a à combattre ne porte lui-même, et manifestement, le cachet syphilitique. Le traitement vient alors confirmer en dernier ressort, par ses résultats, le diagnostic rationnel. C'est ce qui est arrivé à propos du malade n° LXXXVI, affligé d'une carie du frontal et d'attaques épileptiformes, chez celui du n° XLV, porteur d'une tumeur de l'aisselle qui déterminait des phénomènes nerveux du côté du bras, etc.

Enfin la comparaison de ces faits douteux, et de causalité obscure, avec des cas semblables et dans lesquels le rôle actif de la syphilis est parfaitement démontré, cette comparaison, disons-nous, aide souvent à découvrir la nature de l'affection et à remonter jusqu'à la source du mal. Un tel exemple nous est fourni par la malade du n° XLIII : des tumeurs gommeuses de l'avant-bras déterminaient des douleurs névralgiques, et une diminution de la motilité, en même temps que des mouvements convulsifs et la perte de la conscience musculaire. Bien que tout antécédent syphilitique nous fît défaut et que la malade n'offrît aucune autre manifestation diathésique, qui pût nous éclairer sur la nature de ces tumeurs, leur ressemblance parfaite avec les gommes du malade n° XLII, incontestablement vérolé, nous a permis d'être très-affirmatif sur l'existence de la syphilis chez cette femme et de ne tenir aucun compte de ses protestations. Peu de temps après, le succès du traitement vint donner raison à notre diagnostic, qui parut très-hasardé à l'époque où nous examinâmes la malade.

Enfin, nous ne devons pas oublier qu'un malade peut souffrir des conséquences funestes de la vérole, la plus tenace et la plus grave, lors même qu'il n'aurait jamais présenté un accident primitif. En effet, la syphilis héréditaire peut quelquefois donner lieu à des affections nerveuses, dont l'origine spécifique sera d'autant plus facilement méconnue que le malade se trouvera à une époque plus éloignée du moment de la naissance.

Nous citerons à cette occasion l'observation n° XXXII, dont le sujet était affecté d'accidents cérébraux, revenant sous forme d'accès. Les symptômes qu'ont présentés en naissant tous les autres enfants, ses frères et sœurs, les nombreuses récidives de manifestations syphilitiques de l'une de ces dernières, la destruction du voile du palais chez le malade lui-même, à l'âge de 12 ans, telles sont les causes qui nous ont surabondamment prouvé l'existence de la diathèse, contractée par voie d'hérédité. Mais que l'on suppose, pour un instant, que le sujet ait été fils unique, ou bien que ses frères et sœurs fussent nés sains, ce qui aurait pu arriver encore, que lui-même n'ait pas eu la destruction du voile du palais, qui lui laissait un stigmate indélébile, trahissant constamment les ravages de la vérole, qu'enfin l'affection encéphalique fût la seule expression manifeste de la diathèse, et l'on verra quels obstacles invincibles le médecin n'aurait pas à surmonter, avant d'arriver au diagnostic.

Tout ce qui précède nous démontre, de la manière la plus formelle, qu'établir la présence active de la diathèse syphilitique est parfois chose bien difficile. Il arrive même que les hommes les plus compétents en cette matière la devinent plutôt qu'ils ne la reconnaissent sur des preuves. Aussi pour diagnostiquer rationnellement

les affections syphilitiques du système nerveux, il faut que le médecin ait une grande expérience dans la pathologie syphilitique, sans quoi il s'exposerait à commettre une foule d'erreurs qu'il n'est possible d'éviter autrement que par une étude approfondie du sujet.

Dans les nombreuses investigations auxquelles se livre le médecin pour établir un diagnostic, la syphilis, ce protée morbide, doit être constamment présente à son esprit. Pour étudier les antécédents d'un malade, on ne néglige jamais de lui demander s'il a été vacciné, s'il a eu la variole, la fièvre typhoïde, etc. Ne doit-on pas rechercher avec autant de soin l'existence de phénomènes syphilitiques antérieurs?

Ainsi, nous nous résumerons en disant que dans les affections nerveuses syphilitiques, *c'est par l'étude, par l'examen attentif du malade et par la réunion de nombreux éléments instructifs qu'on parvient à poser un diagnostic, qui bien des fois encore n'est qu'approximatif.*

Ces divers éléments du diagnostic doivent être puisés :

A. Dans les antécédents syphilitiques, qui sont de la plus haute importance, lorsqu'on arrive à les découvrir ;

B. Dans les symptômes concomitants de la diathèse, s'il en existe ;

C. Parfois dans la forme et les caractères même des phénomènes nerveux ;

D. Dans la comparaison du fait que l'on étudie avec ceux qui existent dans la science ou que l'on a rencontrés dans sa pratique personnelle ;

E. Dans les résultats du traitement spécifique, en tenant compte cependant de son inefficacité dans certaines circonstances exceptionnelles, il est vrai, et de ses succès en dehors de la vérole.

Toutes ces questions ont déjà été traitées avec détails dans le chapitre consacré à la diathèse syphilitique.

CHAPITRE II.

DU PRONOSTIC DES AFFECTIONS NERVEUSES DUES A LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE.

Le pronostic des affections nerveuses que la syphilis peut déterminer constitue un problème complexe qu'on peut dissocier en plusieurs éléments :

1° *Les affections nerveuses syphilitiques guérissent-elles toujours ?*

2° *A quels signes peut-on reconnaître qu'elles marchent dans la voie de la guérison ?*

3° *Laissent-elles des infirmités à leur suite ?*

4° *Ont-elles de la tendance à récidiver ?*

Les affections du système nerveux que la syphilis occasionne ne sont pas toujours curables. Il y en a même qui poursuivent leur marche fatale, malgré le traitement le plus régulier et le plus rationnellement institué, dès le début de la diathèse. Plusieurs de nos malades nous présentent des exemples de ces cas rares, mais réels, dans lesquels on constate l'aggravation progressive de la syphilis, malgré ses antidotes. Néanmoins, la vérole est une des affections les plus facilement curables du cadre nosologique. Il serait même à désirer que la thérapeutique pût agir avec autant d'efficacité sur la plupart des maladies qui affligent l'espèce humaine.

En mettant de côté les exceptions dont nous venons

de parler, lorsqu'il s'agit de prévoir, autant qu'il nous est donné de le faire, quelle sera la marche probable de l'affection, il faut tenir compte de plusieurs circonstances que nous allons indiquer rapidement.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'affection est d'autant plus difficile à combattre qu'elle est plus ancienne, qu'elle a récidivé un plus grand nombre de fois, et qu'elle est consécutive à la syphilis héréditaire.

Lorsqu'il faudra émettre une opinion, relativement à la marche ultérieure de l'affection nerveuse syphilitique, on devra tenir compte de son siége.

Les maladies nerveuses générales, telles que les convulsions, les accidents hystériques, les phénomènes nerveux diathésiques, etc., disparaissent facilement sous l'influence du mercure, parfois même sans traitement aucun et d'une manière toute spontanée. Nous dirions volontiers que les affections nerveuses sans lésion, dont nous avons cité des exemples, nous paraissent devoir être plus bénignes que celles qui sont consécutives à une lésion matérielle qui entrave les fonctions d'un organe. Cependant ce n'est là qu'une hypothèse; et n'oublions pas que quelques-uns de nos malades ont succombé aux affections constituées uniquement par des troubles dynamiques, malgré la bénignité qu'on serait porté à leur accorder.

La structure de l'organe atteint sera prise en considération, lorsqu'il s'agira d'exprimer un avis sur la marche de la syphilis nerveuse. En effet, l'encéphale peut facilement s'enflammer autour des tumeurs syphilitiques qui le compriment, et la mort résulter ainsi d'une manière incidente de cette inflammation secondaire.

La rétine, dans sa délicate texture, peut éprouver, par suite d'une affection syphilitique de vieille date, des

modifications qui l'empêcheront à tout jamais de recouvrer l'intégrité de ses fonctions; etc.

La forme de l'affection peut aussi contribuer à faire prévoir l'avenir, d'une manière plus ou moins approximative. Ainsi la plupart des malades qui ont offert des signes de paralysie générale, semblable à celle des aliénés, ont succombé, malgré l'emploi des antisyphilitiques.

Dans certains cas, la marche des signes extérieurs de la syphilis peut nous renseigner, jusqu'à un certain point, sur l'état des lésions internes et sur la tendance des affections nerveuses. C'est ainsi que, chez notre malade choréïque, les symptômes syphilitiques du voile du palais, de plus en plus graves et profonds, nous avertissaient, en quelque sorte, de l'intensité de l'affection nerveuse elle-même. Chez cette malade, quelque temps après le commencement du traitement, les symptômes choréïques ont disparu, en même temps que les manifestations cutanées. Mais bientôt après, des plaques muqueuses de la gorge ont coïncidé avec l'explosion des accès hystériques; et finalement, des gommes du voile du palais, avec des attaques épileptiques.

Nous nous empressons cependant d'ajouter que les exceptions à cette règle sont nombreuses; et il suffit de lire l'histoire du malade n° XXVI, pour reconnaître que souvent il n'y a aucune corrélation intime entre les symptômes extérieurs de la syphilis et ses phénomènes encéphaliques.

Lorsque la maladie est en récidive et qu'elle a facilement guéri une première fois, on est en droit d'espérer qu'elle cédera de nouveau, sans opposer une grande résistance au traitement. Dans ces cas, la curabilité des troubles nerveux paraît être indépendante de la forme et de l'intensité de l'affection; car l'indivi-

[redacted]

dualité du malade joue le plus grand rôle dans la marche de la syphilis, quelle qu'en soit l'expression symptomatique, ainsi que dans la disparition de ces diverses manifestations sous l'influence des spécifiques.

Les affections de l'encéphale, et principalement celles de la moelle, sont les plus difficiles à guérir d'une manière complète, ainsi que le prouve la lecture de nos observations.

Quant aux névroses proprement dites, et spécialement en ce qui concerne l'épilepsie, nous croirions volontiers que ses symptômes peuvent persister et les accès revenir, malgré la disparition de l'affection syphilitique; l'organisme peut conserver, en quelque sorte, l'habitude de reproduire les accès, lors même que leur cause déterminante aura disparu. Néanmoins il faut remarquer que l'épilepsie syphilitique est en général curable.

D'une manière générale, l'amendement des symptômes observés du côté du système nerveux nous éclaire sur la marche de la maladie, et leur disparition complète nous instruit sur sa guérison plus ou moins radicale. Lorsque les phénomènes paralytiques, par exemple, ou névralgiques auront cessé de se manifester depuis quelque temps, on est en droit d'en augurer un pronostic favorable. Cependant la syphilis est tellement sujette à récidive, tellement insidieuse dans sa marche, qu'on ne doit jamais se fier, d'une manière absolue, aux apparences d'une amélioration, quelque avancée qu'elle paraisse être. Ces restrictions sont justifiées par l'étude de plusieurs de nos observations et notamment par l'histoire du malade n° XXI. Dans ce cas, la paralysie de la 3ᵉ paire a complétement disparu sous l'influence d'un traitement suivi pendant cinq mois; mais quinze jours après cette guérison apparente et après la

suspension des médicaments, les accidents cérébraux reparaissent avec plus d'intensité que jamais et emportent le malade. L'autopsie fit constater une tumeur syphilitique, du volume d'un œuf de poule, siégeant au niveau de la selle turcique.

Dans le fait remarquable que nous avons emprunté à l'*Iconographie* de M. Ricord, à peine le malade venait-il de quitter l'hôpital, après y avoir suivi un traitement spécifique de trois mois, qu'il fut frappé d'accidents cérébraux graves.

Il s'ensuit que, dans les cas de ce genre, le médecin, guidé par l'amélioration des symptômes, ne doit pas se hâter de proclamer, sans restriction aucune, la guérison du malade, celle-ci pouvant n'être, bien des fois, qu'éphémère.

Chez le malade cité en premier lieu, il ne s'agissait pas d'une récidive, mais bien de la même affection cérébrale non guérie. En effet, cette tumeur du sphénoïde n'avait pu se produire dans l'espace des quelques jours qui ont séparé la guérison apparente, de la mort. Il faut donc, dans ces circonstances, continuer longtemps le traitement et ne rattacher l'espoir d'une guérison complète et durable qu'à l'usage prolongé des spécifiques.

L'observation XXIX nous offre un nouvel exemple de rechute, terminée par la mort. Il s'agissait d'une hémiplégie syphilitique, guérie deux mois auparavant. Le traitement avait été également suspendu, malgré les prescriptions du médecin.

Nous avons dit que dans certains cas, bien que la syphilis constitutionnelle ait été efficacement combattue par les spécifiques, les fonctions dévolues à la partie affectée du système nerveux ne peuvent jamais revenir à leur état d'intégrité primitif, probablement à cause des modifica-

tions subies par les tissus qui ont été le siége de la lésion syphilitique. C'est ce que nous avons surtout remarqué dans les amauroses consécutives à des choroïdites ou à des épanchements sous-rétiniens, abandonnés pendant longtemps à eux-mêmes. Dans ces circonstances, la vue s'améliore sensiblement par les spécifiques; mais souvent, des dépôts plastiques s'organisent dans le fond de l'œil et restent permanents; de la même manière que, dans certains iritis, des dépôts fibrineux déforment d'une manière constante l'ouverture pupillaire.

Nous ferons les mêmes remarques pour la moelle épinière; tous nos malades atteints de paraplégie syphilitique n'ont pas recouvré intégralement les fonctions des membres pelviens; et cela, malgré la guérison de la syphilis, ou du moins la disparition complète de tous les phénomènes diathésiques, sous l'influence d'un traitement très-prolongé.

Nous ignorons la cause de cette faiblesse persistante de la motilité, une fois acquise. Faudrait-il supposer que la compression prolongée de la moelle épinière, par une tumeur syphilitique, modifie profondément la structure de cet organe, de façon que, malgré la disparition ultérieure de la tumeur, les cordons nerveux ne puissent plus reprendre le libre exercice de leurs fonctions?

Nous devons faire remarquer que dans les cas même de ce genre, où la guérison n'a pas été complète, on a pu obtenir une amélioration très-notable par l'usage des médicaments antisyphilitiques, souvent associés aux préparations amères et martiales.

Le médecin ne saurait mettre assez de réserve dans ses réponses, lorsqu'il sera questionné sur le degré de confiance qu'on doit accorder à la guérison des accidents syphilitiques. En effet, la plupart de nos malades, notam-

ment nos paraplégiques, ont présenté, quelque temps après leur guérison, de nouvelles atteintes de la maladie.

Ainsi, si nous examinons nos observations en général, nous trouvons qu'il est rare que les malades n'aient offert qu'une seule fois des manifestations syphilitiques. Fréquemment, au contraire, malgré les meilleures médications, continuées trois, quatre et cinq mois après la disparition des phénomènes diathésiques, on n'a pu prévenir le retour de nouveaux accidents. La réapparition des manifestations syphilitiques, nerveuses ou autres, peut se produire dans un laps de temps plus ou moins long, qui peut varier de quelques mois à plusieurs années. En effet, en étudiant nos observations, nous trouvons des rémissions de cinq, dix et même vingt années, sans que la diathèse ait perdu de son intensité ni de sa violence. Souvent, après de si longs intervalles, elle vient de nouveau se révéler par des manifestations d'autant plus dangereuses que leur allure insidieuse les rend souvent méconnaissables.

[redacted]

CHAPITRE III.

TRAITEMENT DES NÉVROPATHIES SYPHILITIQUES.

Il n'entre pas dans notre plan de traiter avec détails les applications générales de la thérapeutique aux maladies vénériennes : nous n'avons étudié, dans cet ouvrage, qu'une région particulière de cet immense sujet, et ce serait franchir les limites qui nous sont imposées que d'aborder, dans son vaste ensemble, le problème de la guérison de la syphilis. Les accidents nerveux qui peuvent en être la conséquence doivent seuls attirer ici notre attention ; mais, liés par une foule de rapports aux autres manifestations de la diathèse, ils ne sauraient en être entièrement séparés au point de vue du traitement. Nous croyons donc devoir signaler les principaux moyens qu'il convient d'opposer à la vérole, pour esquisser à grands traits la médication rationnelle que nous avons vue réussir dans presque tous les cas qu'il nous a été donné d'observer.

Par une exception malheureusement trop rare dans le cadre nosologique, la syphilis est l'une des maladies contre lesquelles la thérapeutique ne reste point désarmée : il existe des spécifiques de la vérole ; et c'est là, sans contredit, l'une des plus précieuses conquêtes de l'art de guérir. Mais, à toutes les époques, on a vu des observateurs du plus grand mérite incriminer ces médicaments héroïques, qui seuls nous permettent de lutter avec avantage contre cette terrible maladie. On a été jus-

qu'à accuser le mercure de produire tous les accidents de la période tertiaire. Abandonnée depuis longtemps, cette idée a repris une nouvelle force depuis les travaux intéressants de l'école allemande, à laquelle nous devons un si grand nombre de vérités, mélangées toutefois de quelques erreurs regrettables. Voyons donc jusqu'à quel point ces assertions sont justifiées par les faits; voyons si l'on aurait raison de bannir complétement le mercure de la thérapeutique de la syphilis; et pour mieux en juger, examinons la marche de cette maladie abandonnée à elle-même, et parcourons les diverses phases de son développement naturel.

Sans remonter aux temps antiques, avant l'introduction du mercure dans le traitement des maladies spécifiques, tout médecin, qui s'est occupé des affections vénériennes, a parfois été témoin de la marche spontanée de la maladie. Dans les cas de ce genre, heureusement rares de nos jours, on voit se dérouler successivement les divers symptômes de la vérole, en l'absence de tout traitement mercuriel.

Un observateur qui avait fort bien étudié la marche naturelle de la syphilis, dans les cas où l'art n'intervient pas pour la modifier, Fergusson, a constaté le développement de gommes, d'exostoses, et d'autres accidents tertiaires, chez des individus qui n'avaient jamais subi l'influence du mercure. Les résultats obtenus par Porter (1) vinrent confirmer les observations de ce médecin. Après avoir traité les ulcérations génitales, sans faire usage des agents mercuriels, il vit, chez un quart de ses malades, des accidents constitutionnels se développer; les douleurs ostéocopes, l'iritis, les papules, les ulcères,

(1) *Dublin quarterly Journal*, 1857.

les condylomes, en un mot, tous les accidents que détermine la vérole constitutionnelle, furent observés chez ces individus (1). Il est donc évident que, sans l'intervention du mercure, la syphilis peut donner naissance à tous les accidents que nous avons énumérés. Il nous reste à examiner si le mercure, pris isolément, peut amener des désordres analogues à ceux de la vérole confirmée.

L'empoisonnement chronique, par les émanations mercurielles, présente une physionomie des mieux caractérisées : les tremblements, la salivation, l'éruption spéciale, en un mot, les divers phénomènes qui accompagnent la cachexie mercurielle, sont parfaitement connus depuis longtemps, et ne présentent aucune analogie avec les accidents syphilitiques. Mais c'est par son action sur le système osseux que le mercure se rapprocherait, quant à ses effets pathologiques, du virus vénérien.

Virchow, dans l'ouvrage qu'il a consacré à l'étude de la syphilis, a rassemblé tous les faits qui paraissent militer en faveur de cette dernière opinion. Il rappelle les observations de Lorinser, qui aurait vu des nécroses fort étendues se produire chez les ouvriers qui travaillent dans les mines de mercure. Il fait observer que, si, d'après les remarques de M. Vénot, les fractures sont fréquentes chez les syphilitiques, elles le seraient également, d'après Jüngken, chez les ouvriers des mines d'Almaden (2). Il rapporte également l'observation d'un berger, qui, après avoir frictionné des brebis galeuses avec une

(1) Les ulcérations des organes génitaux sont loin de donner toujours naissance à la vérole, et la proportion indiquée par Porter nous paraît beaucoup trop forte. D'après une statistique, qui nous est personnelle et qui repose sur plus de deux cents observations, les accidents diathésiques ne se produiraient qu'une fois sur sept, dans des circonstances semblables.

(2) « Vénot range parmi les accidents tertiaires de la syphilis la

solution de sublimé, aurait été atteint d'une salivation abondante et d'une nécrose du tibia. Il aurait observé lui-même une vaste nécrose du maxillaire inférieur, survenue à la suite d'une cautérisation du col utérin, avec le nitrate acide du mercure. Enfin il va jusqu'à accuser ce métal de produire le rhumatisme chez des sujets qu'il aurait trop profondément débilités. Il suffit, croyons-nous, de réfléchir aux faits que nous présente journellement l'observation clinique, pour apprécier la valeur de ces assertions. On rencontre souvent, dans les hôpitaux, des ouvriers qui manient le mercure dans l'industrie. Frappés de tremblements, de paralysies et de tous les phénomènes d'une cachexie plus ou moins avancée, jamais ils ne présentent les accidents caractéristiques de la vérole constitutionnelle : point d'exostoses, point de gommes, point d'altérations spécifiques; en un mot, rien qui puisse être confondu avec les manifestations du vice vénérien, par les observateurs qui en ont suffisamment étudié les caractères. D'ailleurs, chez les sujets atteints de salivation, par suite d'une médication antisyphilitique trop active, voit-on jamais de telles lésions se développer? Si, dans les temps où l'on abusait du mercure, on avait quelquefois à déplorer des nécroses du maxillaire inférieur, c'est que cette affection peut résulter de l'inflammation des gencives et de la dénudation consécutive de l'os. Enfin, pour ce qui touche aux cautérisations du col par le nitrate acide du mercure, nous ferons remarquer que M. le professeur Jobert de Lamballe emploie journellement cette médication, sans jamais déterminer au-

fragilité des os et surtout des côtes, même chez les jeunes sujets : il pourrait bien se faire que ces accidents fussent de nature mercurielle; car, d'après Jüngken, les fractures sont communes chez les ouvriers d'Almaden. » (Virchow, *op. cit.*)

cun accident sérieux d'hydrargyrisme chez ses malades.

On a également reproché au mercure d'exercer une influence délétère sur les centres nerveux. Cette opinion, renouvelée des anciens (1), a été soutenue par des observateurs contemporains. Une discussion fort intéressante s'est élevée au sein de l'Académie de médecine, à propos d'une communication de M. Reynaud (2). Un malade, qui avait été soumis au traitement antisyphilitique, mourut, neuf mois plus tard, avec tous les symptômes d'un ramollissement cérébral. A l'autopsie, on aurait rencontré du mercure dans la substance de l'encéphale. L'auteur en conclut que, chez le sujet de cette observation, la mort doit être imputée à l'emploi du mercure. Des expériences fort intéressantes furent instituées à ce sujet par M. le professeur Cruveilhier. Cet observateur éminent pratiqua des frictions mercurielles sur le ventre et à la partie interne des cuisses de plusieurs chiens. Après chaque opération, on renfermait ces animaux dans un sac de cuir, pour les mettre dans l'impossibilité de se lécher. Au bout de huit jours, ils succombaient à une véritable infection mercurielle. Ils étaient tellement saturés de mercure qu'ils en rendaient par les selles. Cependant, malgré les plus minutieuses recherches pour constater la présence de ce métal dans leurs tissus, M. Guérard n'en trouva pas un seul atome.

On ne saurait rien imaginer de plus concluant que ces expériences. Nous ferons remarquer, en outre, que si Otto (3), à l'instar des anciens, a rencontré du mercure

(1) On sait que Van Swieten prétendait avoir trouvé du mercure métallique dans les ventricules du cerveau, et que d'autres auteurs (Bonet, *Sepulchretum*) en avaient trouvé dans les os.

(2) *Gazette médicale*, 1836.

(3) Otto, *Pathologische Anat.*, t. I, p. 156.

dans les os, que si Colson (1) en a trouvé dans le sang des individus soumis au traitement hydrargyrique, et M. Grassi dans le lobe antérieur gauche du cerveau, ces résultats n'ont pas été confirmés par des recherches ultérieures. M. Personne, dont les analyses ont prouvé la présence du mercure dans le lait des nourrices qui faisaient usage de ce médicament, n'en a point trouvé dans l'encéphale de plusieurs malades qui ont succombé après plusieurs mois d'un traitement spécifique. Au reste, en supposant même qu'on ait toujours rencontré du mercure dans le cerveau de ces sujets, serait-ce une raison pour incriminer cet agent, toutes les fois que des phénomènes nerveux se sont manifestés? Pour arriver à une conclusion semblable, il aurait fallu démontrer, par des analyses comparatives, qu'à poids égal, le cerveau en contenait plus que le foie ou tout autre organe.

Au point de vue des affections nerveuses, la question dont nous venons de nous occuper n'est point oiseuse; car le mercure absorbé pourrait, dans certaines circonstances, donner naissance à des tremblements, des paralysies et d'autres accidents de la même espèce, que l'on confondrait avec les effets de l'infection syphilitique. M. le docteur Lagneau (2) admet que les convulsions peuvent être consécutives à l'abus du mercure; mais il ne croit pas que cet agent puisse occasionner des accès épileptiformes.

Vidal (de Cassis), au contraire, a rapporté (3), dans son ouvrage, un fait de ce genre. Un homme atteint de psoriasis, ayant pris des bains de sublimé pendant vingt-deux jours de suite, fut pris d'accidents convulsifs, avec

(1) *Archives de médecine*, 1826.
(2) T. II, p. 345.
(3) *Traité des maladies vénériennes*, p. 306.

écume à la bouche et perte de connaissance. En revenant à lui, il fut atteint d'un tremblement nerveux, qui se prolongea pendant assez longtemps, en offrant des intermittences et des redoublements. — On serait tout naturellement porté, dans ce cas, à incriminer le mercure; mais ce malade était atteint de la vérole, et c'était pour en combattre les manifestations cutanées qu'on l'avait soumis à un traitement mercuriel; les accidents nerveux auraient donc pu résulter directement de la syphilis elle-même.

Il nous paraît inutile de prolonger cette discussion. Les faits cliniques donnent évidemment tort aux anti-mercurialistes. Aucun de ceux qui ont fait une étude approfondie de la vérole, ne souscrira à cette assertion hasardée de Virchow, qu'il est à peu près impossible de distinguer les lésions dues à la syphilis de celles qui sont produites par le mercure. Depuis les succès obtenus par Torella et Bérenger de Carpi, le mercure a régné souverainement sur la thérapeutique de la syphilis; et, dès cette époque, il avait des détracteurs. Voilà donc trois cents ans que le débat se prolonge; ne serait-il pas temps d'en finir? Les agents thérapeutiques les plus précieux n'ont-ils pas été également accusés de produire des accidents identiques à ceux qu'ils devaient combattre? N'a-t-on pas accusé le sulfate de quinine de produire des accidents cérébraux chez les rhumatisants? Est-ce une raison pour renoncer à l'emploi de ce médicament héroïque? Nous pourrions en dire autant du mercure. Il ne mérite aucune des calomnies dont il a été l'objet. C'est tout au plus à l'abus des mercuriaux, et non pas à l'usage modéré de ces agents, qu'on pourrait adresser quelques critiques. Mais, depuis longtemps, nous savons en renfermer l'emploi dans de justes limites.

Ce n'est pas seulement à la période secondaire de la syphilis que se développent les accidents nerveux; on les voit aussi prendre naissance à la période tertiaire. C'est dans ce dernier cas que l'usage de l'iodure de potassium est indiqué. Ce médicament précieux a partagé, sous tous les rapports, le sort du mercure. Confondu d'abord avec une foule de panacées insignifiantes, il fut tiré de l'obscurité par Wallace, qui, le premier, en fit connaître les propriétés thérapeutiques ; mais, par un abus de logique analogue à celui que nous venons de combattre, on ne tarda point à lui attribuer la production des accidents les plus divers. Sans doute il peut, chez certains individus, déterminer des accidents nerveux, en troublant la sensibilité, la motilité et l'intelligence ; il donne lieu, en un mot, à des phénomènes de stupeur du cerveau, comme l'a fait si bien remarquer M. Baumès; mais ce n'est pas à son emploi qu'on peut attribuer les accidents présentés par les malades dont nous avons raconté l'histoire dans ce travail. La plupart d'entre eux, en effet, n'en avaient fait aucun usage, avant l'explosion des troubles dont ils furent affectés; et dans presque tous les cas, la guérison fut promptement obtenue par l'usage de ce médicament.

Nous nous sommes efforcé de justifier les principaux agents de la médication antisyphilitique, des accusations mal fondées qui pesaient sur eux : nous allons maintenant en décrire succinctement l'emploi, en ayant soin de ne pas nous écarter de l'étude des manifestations nerveuses de la syphilis.

Les affections nerveuses de la syphilis appartiennent, ainsi que nous l'avons vu, aux deux périodes de la diathèse, savoir : à la période secondaire ou à la période

tertiaire (1). Les manifestations de la première catégorie ont été combattues, chez nos malades, par le mercure, celles de la seconde par l'iodure de potassium. Cependant on a dû remarquèr qu'on se trouve souvent en présence d'un état intermédiaire qui réclame une médication mixte, c'est-à-dire l'emploi simultané des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium.

Avant que les propriétés antisyphilitiques de l'iodure de potassium eussent été proclamées et constatées, le mercure servait à combattre les accidents de la vérole à toutes ses périodes. Aujourd'hui encore certains médecins l'emploient indistinctement contre tous les phénomènes de la diathèse. D'autres, par système, n'ont recours à l'iodure de potassium que dans les cas où les préparations mercurielles ont échoué; ce qui n'arriverait que fort rarement.

Vidal dit (2) que toutes les maladies vénériennes peuvent être traitées par le mercure avec succès. Cependant il avait lui-même recours à l'iodure de potassium dans la grande majorité des cas de syphilis tertiaire, ainsi que nous en avons été témoin nous-même : on peut, du reste, s'en convaincre en lisant son ouvrage.

(1) Ce serait introduire la plus grande confusion dans la syphiliologie que d'admettre avec Sigmund (*Wiener med. Wochenschrift*, 1856), que tout ce qui paraît six mois après l'infection, appartient à la syphilis tertiaire. Tel malade n'offrira toute sa vie que des accidents superficiels, tandis que chez tel autre la syphilis peut, dans l'espace de quelques mois, atteindre les organes profonds. La date de l'infection n'influe donc pas toujours sur la forme ou la gravité de la maladie, puisque dans la syphilis galopante la diathèse peut atteindre rapidement le suprême degré de son évolution. Du reste, l'intervention d'un traitement mercuriel, même de très-courte durée, amène le plus grand désordre, quant à l'apparition chronologique des manifestations syphilitiques.

(2) *Op. cit.*, p. 311.

Il est évident que d'une manière générale le spécifique de la syphilis est le mercure, de même que le spécifique de l'intoxication paludéenne est le quinquina. Ainsi, même dans la syphilis tertiaire, lorsque parfois l'iodure de potassium n'agit pas avec rapidité contre l'affection syphilitique, le mercure employé, soit exclusivement pendant un certain temps, soit conjointement avec l'iodure de potassium, se rend facilement maître des accidents. C'est ce qui a eu lieu chez quelques-uns de nos malades : l'iodure de potassium, employé d'abord sans succès, fut remplacé par le mercure qui produisit une amélioration rapide. La guérison définitive des accidents fut obtenue par l'association des deux médications.

Supposons-nous maintenant en présence d'un individu affecté d'une maladie syphilitique du système nerveux; quels seraient les moyens dont il faudrait se servir pour combattre les manifestations de la vérole ?

S'il ne s'agit que de phénomènes appartenant au commencement de la diathèse, tels que certaines névralgies, l'état général diathésique, etc., le mercure seul suffit pour tout dissiper, d'une manière rapide. Dans ces cas, le proto-iodure administré en deux fois matin et soir, et à la dose de 5, 10 ou même 20 centigrammes par jour, telle est la médication que nous avons employée ou que nous avons vu prescrire avec succès chez la plupart des malades que nous avons observés (1).

(1) M. Ricord prescrit ordinairement, comme on le sait, des pilules de 5 centigrammes de proto-iodure chacune, dont il fait prendre de 1 à 3, et parfois même 4 par jour. Nous préférons formuler des pilules de 2 centigrammes. On peut ansi mieux tâter la susceptibilité individuelle du malade, en augmentant progressivement la dose du médicament; car il nous est arrivé de voir, lorsque 5 ou 10 centigrammes ne suffisaient pas pour modifier la marche de la

Il est nécessaire de faire ici une remarque de la plus haute importance. Il nous est arrivé bien des fois de voir l'amélioration des manifestations diathésiques s'arrêter quelque temps après l'institution du traitement, jusqu'à ce que la dose du médicament ait été augmentée. L'observation LXXVI en présente un exemple remarquable. Lorsqu'il y a ainsi un arrêt dans la modification heureuse éprouvée par les syphilis sous l'influence du traitement (ce qui peut arriver, quelle que soit la préparation mercurielle employée), il convient d'augmenter la dose du médicament et, si malgré cela la syphilis ne paraissait pas céder, changer les préparations ; remplacer, par exemple, le proto-iodure par le sublimé, etc.

M. Rayer, qui s'est beaucoup occupé de la syphilis et surtout de ses manifestations cérébrales, a obtenu d'heureux résultats par l'emploi des pilules de Sédillot. Nous avons déjà cités plusieurs faits observés par ce maître éminent.

Chez les syphilitiques soumis à notre étude, nous avons été à même de faire une remarque qui nous paraît être des plus essentielles. Le mercure ne nous a semblé agir avec efficacité et d'une manière rapide que lorsqu'il avait déjà déterminé un peu d'éréthisme du côté des gencives et de la muqueuse buccale ; à tel point qu'un léger ptyalisme nous paraît être la meilleure preuve de son action, et en même temps un avertissement pour le médecin que la dose nécessaire à l'individu est atteinte ; car, au lieu d'être toujours la même, cette dose varie suivant les malades.

Si nous jugions d'après ce que nous avons vu, nous

syphilis, l'administration d'une pilule de plus par jour amener des accidents buccaux ou intestinaux qui ont obligé de suspendre le traitement pendant un certain temps.

dirions qu'il faudrait que le médecin cherchât toujours à entretenir un *léger degré* d'irritation gingivale, en augmentant la dose du mercure, aussitôt que cette irritation se serait complétement calmée. C'est là la meilleure preuve d'une saturation modérée de l'économie par le mercure, saturation qui nous paraît nécessaire pour dissiper promptement les manifestations syphilitiques. Néanmoins, si les accidents locaux venaient à dépasser les limites d'une stomatite bénigne, on s'empresserait de les combattre par le chlorate de potasse sous forme de gargarisme ou en potion ; par des purgatifs, par des cautérisations à l'aide de l'acide chlorhydrique incorporé au miel, etc.

Dans ces cas on ne reprendrait l'usage du mercure que lorsque les inconvénients, qu'il aurait occasionnés, seraient entièrement dissipés. Le médecin peut se trouver parfois en face de quelques cas extrêmement embarrassants. Le proto-iodure de mercure administré à haute dose, le sublimé corrosif, les pilules mercurielles de toute espèce ne parviennent pas à arrêter la marche de plus en plus grave de l'affection syphilitique dont les symptômes externes eux-mêmes continuent à devenir de plus en plus inquiétants.

Cette persistance de la diathèse dans sa marche active, en dépit du traitement, s'observe surtout dans la période de transition, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit des phénomènes secondaires tardifs, ou bien dans la période tertiaire. Dans ces cas heureusement rares, il y a une préparation qui a toujours arrêté les progrès de la syphilis chez nos malades : c'est l'onguent mercuriel qu'on prescrit tous les deux jours, ou bien tous les jours, à la dose de 2, 4, 6 et même 8 grammes, en frictions, exécutées chaque fois sur une nouvelle région du corps. Chez nos malades,

les onctions ont été pratiquées sur la colonne vertébrale, aux aisselles, à la face interne des cuisses, etc.

Pour prévenir les résultats de l'irritation locale et les éruptions cutanées qui peuvent en résulter, il faut ordonner, de temps en temps, des bains savonneux ou tout au moins des lotions avec de l'eau de savon. Du reste, à part les raisons que nous venons de mentionner, il paraîtrait que le mercure est mieux absorbé lorsqu'il est appliqué sur une partie de la peau préalablement bien lavée et dont les pores ne sont obstrués par aucun corps gras.

Le traitement hydrargyrique, employé pendant un certain temps, finit dans quelques circonstances par fatiguer l'estomac et par irriter le tube digestif. Dans ces cas, il faut en suspendre momentanément l'emploi pour reprendre la médication plus tard, aussitôt que les troubles gastriques ou intestinaux auront disparu. Chez les personnes dont le tube digestif est très-impressionnable, l'opium doit être associé au mercure, dans le but de prévenir ces troubles digestifs. Il est à remarquer que, d'une manière générale, le mercure est bien mieux supporté lorsqu'on lui a joint une petite dose de narcotique, par exemple, 2 ou 3 centigrammes d'extrait aqueux d'opium, par jour.

Enfin, il y a des malades dont l'estomac refuse avec opiniâtreté l'ingestion du mercure, quelle que soit la forme sous laquelle on l'administre. Dans ces conditions, il faut nécessairement employer les onctions mercurielles ou bien les fumigations cinabrées, sur lesquelles nous ne saurions assez appeler l'attention des praticiens. C'est là en effet un des moyens les plus énergiques, auxquels on puisse avoir recours dans les cas rebelles à la médication ordinaire.

Le traitement institué sur les bases que nous venons de

signaler, et continué avec les précautions indiquées, guérit constamment les manifestations de la syphilis. Il est impossible, néanmoins, d'établir à ce sujet une loi absolue; la médication doit être modifiée selon maintes circonstances que le médecin doit savoir apprécier. C'est donc à lui d'étudier soigneusement l'individualité de son malade, et de diriger le traitement d'après les résultats curatifs qu'il en obtient et selon les effets du mercure sur la bouche, sur le tube digestif, etc.

Wallace est bien le premier qui ait employé l'iodure de potassium dans l'affection qui nous occupe. Mais cet auteur l'a prescrit et prôné contre tous les accidents vénériens, syphilitiques ou non; de telle manière que pour lui l'iodure de potassium était la substance antivénérienne universelle. Ce médicament précieux aurait donc eu le sort de ces innombrables panacées, réputées infaillibles contre bien des maux, si un homme, doué d'un rare talent d'observation et du meilleur esprit critique, n'avait pris à tâche de le soumettre au creuset de la plus sévère expérience.

Après l'avoir employé sans succès contre les diverses affections vénériennes et même contre la syphilis secondaire, M. Ricord le prescrivit enfin contre les accidents appartenant à la période tertiaire de la diathèse, qui se sont amendés avec rapidité et qui ont promptement disparu. C'est donc à ce savant maître, que revient tout l'honneur d'avoir doté la thérapeutique d'un médicament souverain dont il est inutile de faire ici le panégyrique, puisqu'il n'y a pas de médecin qui n'ait constaté et qui n'en constate journellement les effets bienfaisants.

Dans les affections nerveuses syphilitiques, l'iodure de potassium, employé à dose suffisante, amène une amélioration rapide, suivie, dans l'immense majorité des cas, de la disparition complète de tous les phénomènes mor-

[redacted]

bides. Il ne faut cependant pas exiger l'impossible, ni s'attendre au rétablissement des fonctions dont les organes ont éprouvé une modification trop profonde dans leurs tructure. C'est ainsi que nous l'avons vu échouer contre l'amaurose syphilitique, consécutive à d'anciennes choroïdites ou à des épanchements sous-rétiniens de vieille date.

Dans d'autres circonstances, une tumeur syphilitique a longtemps comprimé une portion de l'encéphale ou de la moelle épinière, de manière à en altérer la texture. Il n'y a donc pas lieu d'accuser ce médicament d'impuissance, s'il ne triomphe pas toujours des accidents tertiaires de la syphilis.

Dans certains cas, des affections secondaires peuvent se développer dans les parties contiguës aux dépôts syphilitiques, et donner naissance à des perturbations fonctionnelles que les spécifiques ne parviennent jamais à dissiper. C'est ainsi qu'une tumeur cérébrale peut amener, consécutivement, un ramollissement cérébral, dont la marche ne sera nullement influencée par l'iodure de potassium, bien que ce ramollissement ait été occasionné par une tumeur syphilitique.

L'iodure de potassium fait donc constamment disparaître les manifestations tertiaires de la syphilis, à quelques exceptions près : voyons maintenant à quelle dose il convient de l'administrer.

Il y a des médecins qui ne veulent jamais en donner plus de 50 centigrammes par jour ; ils prétendent en obtenir ainsi d'excellents effets contre la syphilis. Il en est d'autres qui vont jusqu'à 15 ou 20 grammes par jour. Entre ces deux extrêmes, il y a un juste milieu dans lequel nous croyons qu'il faut se tenir, en prenant pour limite ordinaire la dose de 4 grammes. On aurait tort de croire que ce médicament, employé ainsi à haute dose,

amène des désordres, soit du côté des fonctions digestives, soit du côté du système nerveux ; et sans parler de nos propres observations, nous rappellerons que M. Puche le prescrit à des quantités bien plus élevées, ainsi que nous l'avons vu faire pendant que nous étions son interne. Cependant, jamais ce praticien distingué n'a vu ce médicament déterminer des troubles sérieux.

Chez nos malades, on a commencé d'abord par 1 ou 2 grammes et l'on a atteint parfois la dose de 6 grammes. Il va sans dire que la dose du médicament sera toujours proportionnée à l'effet obtenu et à la susceptibilité individuelle ; de sorte qu'il ne peut pas y avoir de règle inflexible, comme à l'endroit des préparations mercurielles.

Sans vouloir nullement atténuer les qualités résolutives et antisyphilitiques de l'iodure de potassium, qui, d'une manière presque constante, guérit, à lui seul, les accidents tertiaires, nous devons noter que dans certaines circonstances, lorsque ce médicament a échoué, son association au mercure peut triompher de la diathèse.

Aussi plusieurs médecins, en tête desquels il faut placer M. Ricord, prescrivent-ils simultanément le mercure et l'iodure de potassium dans les cas de syphilis tenace et de vieille date. L'onguent mercuriel en onctions, à la dose de 2 à 8 grammes, quotidiennement ou tous les deux jours, est la préparation qui agit avec le plus d'efficacité. C'est dans ces cas de syphilis invétérée que l'on doit surtout chercher à produire un léger degré de ptyalisme, qui sera la preuve certaine de l'action du médicament.

Les fumigations cinabrées, préparées avec 8 ou 12 grammes de sulfure, remplacent avec avantage l'onguent mercuriel, chez les individus dont la peau délicate ne supporte point le contact de ce dernier médicament.

Une préparation que nous avons vu employer avec

beaucoup de succès par M. Gibert, dans des circonstances semblables, c'est le sirop de deuto-iodure ioduré d'hydrargyre, à la dose d'une ou deux grandes cuillerées par jour; chaque cuillerée contient 1 centigramme de bi-iodure et 50 centigrammes d'iodure de potassium. Ce médicament est très-actif; il acquiert peut-être, par une réaction chimique encore inconnue, une énergie bien supérieure à celle des substances qui le composent; toujours est-il qu'on peut en obtenir d'excellents effets et que l'on évite ainsi l'emploi de l'iodure de potassium et de l'onguent mercuriel à haute dose. Il a de plus l'avantage de constituer à lui seul toute la médication prescrite au malade.

M. le professeur Trousseau agit d'une manière différente, dans les cas de syphilis tertiaire ou secondaire tardive. Ce savant professeur prescrit d'abord le calomel, pendant deux ou trois jours, jusqu'à production d'une légère gingivite, après quoi il institue un traitement par l'iodure de potassium.

Ainsi qu'on l'a vu dans nos observations, le traitement spécifique, continué pendant deux, trois et quatre mois, finit d'ordinaire par faire disparaître toutes les manifestations syphilitiques, nerveuses et autres. Mais il n'est pas dit pour cela que la diathèse soit complétement éteinte et que le malade soit, à l'avenir, à l'abri de toute rechute. Nous avons vu maintes fois la diathèse faire explosion de nouveau tantôt quelques mois, tantôt quelques années plus tard; c'est ainsi que dix et vingt ans peuvent s'écouler sans la manifestation d'aucun accident qui avertisse de la présence de la diathèse, restée à l'état latent. Dans certains cas, les accidents syphilitiques sont revenus malgré l'intervention d'un traitement prophylactique, continué plusieurs mois après la disparition complète de tout symptôme appréciable.

Sans chercher à diminuer en rien l'importance des spécifiques, nous devons noter que la syphilis abandonnée à elle-même peut quelquefois suivre une marche intermittente : ses diverses manifestations peuvent disparaître d'une manière spontanée, et sans l'intervention d'aucun traitement. Par contre, dans certains cas heureusement très-rares, le traitement spécifique le mieux administré ne parvient qu'à produire des rémissions plus ou moins prolongées ; la maladie suit toujours sa marche ascensionnelle ; les symptômes deviennent de plus en plus graves, et finissent par amener la mort, malgré les efforts les plus énergiques de la médecine.

Sans admettre les théories et les explications plus ou moins ingénieuses de quelques auteurs allemands, qui prétendent que, dans la vérole, un état particulier de la rate et des ganglions lymphatiques, qui ne produisent plus de globules, met obstacle à la crase du sang, il est incontestable que la diathèse syphilitique peut déterminer l'anémie : sous ce rapport, elle se rapproche des autres affections constitutionnelles.

L'état général de la plupart de nos malades a réclamé l'emploi des toniques, en même temps qu'une médication antisyphilitique. La nécessité de fortifier les sujets s'explique non-seulement par les effets délétères de l'infection, mais aussi par les conséquences de l'usage prolongé des mercuriaux et de l'iodure de potassium. médicaments qui défibrinent et fluidifient le sang, et déterminent une diminution de ses éléments solides, notamment des globules.

Pour toutes ces raisons, l'usage des amers et des ferrugineux est non-seulement utile, mais parfois même indispensable, pour empêcher le malade de tomber dans un état de prostration qui ne permettrait pas de continuer

la médication spécifique. Nous donnons la préférence au fer réduit, pris deux fois par jour, au moment des repas. Nous y associons le vin de quinquina, la macération de cassia amara, etc. Parfois même, les sujets sont tellement faibles et anémiques, qu'il faut les tonifier avant de les soumettre à un traitement spécifique.

Indépendamment des médications indiquées, d'autres moyens thérapeutiques peuvent être mis en usage contre les accidents nerveux de la syphilis; ces moyens auxiliaires seront appropriés à la forme de l'affection qu'on aura à combattre. C'est ainsi que pour les névralgies, les vésicatoires morphinés peuvent être de quelque utilité; les antispasmodiques peuvent aussi être employés avec quelque avantage contre les accidents hystériformes, etc. Dans les paralysies, les larges vésicatoires promenés sur la colonne vertébrale, les cautères, et plus tard la faradisation des muscles, concourent à rétablir le mouvement; pour certaines affections cérébrales, les vésicatoires appliqués au sinciput, et pansés avec un mélange d'onguent mercuriel et de pommade épispastique, les purgatifs et exceptionnellement les sangsues, sont employés avec succès par M. Ricord. Enfin, les bains sulfureux et les bains de vapeur, si l'état général des malades permet d'y avoir recours, ordonnés une ou deux fois par semaine, débarrassent les téguments des produits de la transpiration qui, comme on le sait, contiennent du mercure, chez les personnes qui en font un grand usage, et concourent ainsi à prévenir les fâcheux effets de l'hydrargyre sur les gencives ou sur le tube digestif; en outre, les bains de Baréges sont utiles dans les cas de paralysie des membres, et notamment dans la paraplégie.

On pourrait croire *a priori* que l'hydrothérapie doit déterminer, chez des individus soumis à l'usage du mer-

cure, des accidents graves d'hydrargyrisme, accidents que l'on considère comme devant se manifester facilement chez les sujets exposés au froid et à l'humidité. Il n'en est cependant rien ; plusieurs fois, des syphilitiques ont retiré d'excellents effets des douches froides administrées une et même deux fois par jour, dans le cours d'un traitement spécifique. M. Ricord lui-même les ordonne dans certains cas : lorsque par exemple les fonctions gastriques sont troublées, ou bien dans les cas de paralysie syphilitique, et cela sans aucun préjudice du traitement mercuriel que l'on continue sans interruption.

Tels sont, d'une manière générale, les moyens qui, joints à une nourriture convenable et à une bonne hygiène, sont parvenus à guérir les manifestations syphilitiques chez la plupart de nos malades, dans l'espace de quatre, cinq et six mois, selon l'ancienneté de l'affection et les circonstances particulières à chacun d'eux.

Quelques-uns de ces malades ont continué leur médication spécifique pendant des mois et même des années entières, dans le but de prévenir une récidive, qui s'est cependant produite, en dépit de leurs efforts.

La médication la mieux dirigée échoue constamment lorsque la diathèse a atteint sa période ultime ; en un mot, lorsqu'il y a cachexie syphilitique. Dans ce cas, loin de produire une amélioration dans la marche des phénomènes, le mercure et l'iodure de potassium, mal supportés par les voies digestives, aggravent presque toujours l'état du malade. Aussi une médication tonique habilement maniée est la seule qui puisse prolonger les jours de ces malheureuses victimes, vouées à une mort plus ou moins prompte et certaine.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

DEUXIÈME PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

QUATRIÈME PARTIE.

DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DUS A LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE.

CINQUIÈME PARTIE.

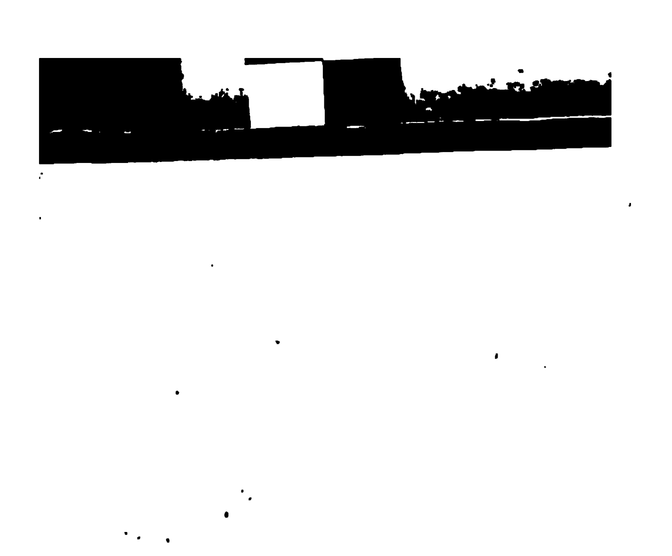
SIXIÈME PARTIE.

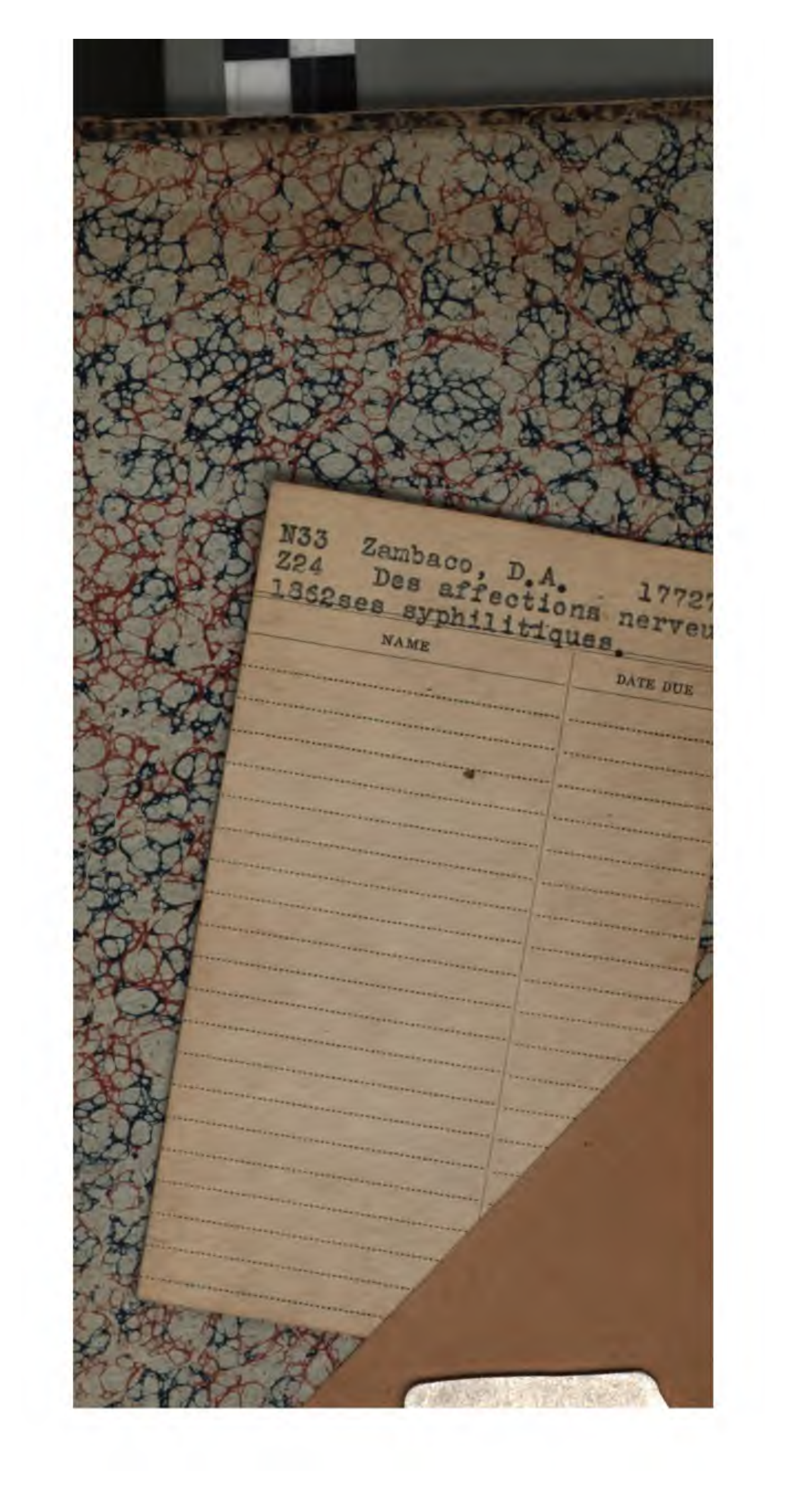
DES NÉVROSES SYPHILITIQUES.

SEPTIÈME PARTIE.

FIN DE LA TABLE.

Corbeil, typ. et stér. de Crété.




N33 Zambaco, D.A. 17727
Z24 Des affections nerveu
1862ses syphilitiques.
NAME
DATE DUE

